

# 訪問調査票 2 (OCR用)

15

保険者番号

被保険者番号

     
         

## 基本調査

### 第1群 身体機能・起居動作

1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
1-9 片足立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない					

---

1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1m先が見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えず	<input type="checkbox"/> 判断不能
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能

### 第2群 生活機能

2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない		2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-11 スボソソ等着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満

### 第3群 認知機能

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可	<input type="checkbox"/> ほとんど不可	<input type="checkbox"/> できない	3-6 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
3-3 生年月日・年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-9 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					

### 第4群 精神・行動障害

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-8 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある