

訪問調査票 1 (OCR用)

14

保険者番号

被保険者番号

概況調査

調査対象者

氏名		性別	生年月日			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 治 <input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 和	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	() 才
連絡先	氏名	現住所 〒			Tel ()	
	関係	連絡先住所 〒			Tel ()	

調査実施者

実施日	元号	年	月	日
調査員	氏名			
	所属機関			

現在受けているサービス

<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> 予防給付 総合事業	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他施設
<input type="checkbox"/> 老人 福祉施設	<input type="checkbox"/> 老人 保健施設	<input type="checkbox"/> 療養型 医療施設	<input type="checkbox"/> グループ ホーム
<input type="checkbox"/> ケアハウス	<input type="checkbox"/> 医療機関 (療養)	<input type="checkbox"/> 医療機関 (療養以外)	<input type="checkbox"/> 介護医療院

居宅の場合
該当するものに記入
(複数回答可)
「夜間訪問」・「地域特定」
「地域福祉」・「定期巡回」
「看護小規模」は介護
給付のみの項目です。

受けている
居宅介護の内容
(厚労省に準拠する)

訪問 介護	<input type="text"/>	訪問 入浴	<input type="text"/>	訪問 看護	<input type="text"/>	訪問 リハ	<input type="text"/>
療養 指導	<input type="text"/>	通所 介護	<input type="text"/>	通所 リハ	<input type="text"/>	短期 生活	<input type="text"/>
短期 療養	<input type="text"/>	特定 施設	<input type="text"/>	用具 貸与	<input type="text"/>	用具 販売	<input type="text"/>
夜間 訪問	<input type="text"/>	認知 通所	<input type="text"/>	小規模 居宅	<input type="text"/>	認知 共同	<input type="text"/>
地域 福祉	<input type="text"/>	地域 特定	<input type="text"/>	住宅 改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
定期 巡回	<input type="text"/>	看護 小規模	<input type="text"/>	回答個数 の合計		<input type="text"/>	

☐ 市町村特別給付 ()
 ☐ 予防給付・介護給付以外の
在宅サービス ()

特記事項 (調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無等について)

基本調査

麻痺・拘縮は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入。

第1群 身体機能・起居動作

1-1 麻痺 (複数回答可)	回答 合計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左上肢	<input type="checkbox"/>	右上肢	<input type="checkbox"/>	左下肢	<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	その他
1-2 拘縮 (複数回答可)	回答 合計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/>	股関節	<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/>	その他		
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	1-5 座位保持		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない								
1-4 起き 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	1-6 両足立位		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない								