

介護保険 要介護認定調査票の記入方法について

上田地域広域連合 介護障がい審査課

調査票（概況調査[521]・基本調査[522]・特記事項[550]・概況特記[570]）は、コンピューターで読み取りを行います。ご記入の際には、以下の点に注意してご記入をお願いします。

なお、認定調査票 概況調査[521]のIV概況、特記事項[550]、概況特記[570]につきましては、パソコンで作成（Excel形式）することも可能ですのでご利用ください。

上田地域広域連合ホームページ（<http://www.area.ueda.nagano.jp>）
 ⇒ 事務局 ⇒ 業務 ⇒ 介護障がい審査課
 ⇒ 様式ダウンロード（http://www.area.ueda.nagano.jp/?page_id=6105）
 ■介護認定調査票特記事項入力フォーム（Excel：58KB）

※ パソコン入力した調査票の修正方法については、「4 パソコン入力した調査票の修正方法」をご参照ください。

1 記入方法（全般）について

- ・ **ボールペン（黒色）**で記入してください。
- ・ 認定調査票（概況調査[521]・基本調査[522]）は**該当する□にチェック（/ or ✓）**をしてください。チェック（✓）はマスの中央に大きく記入してください。
- ・ 認定調査票（概況調査[521]）のI調査実施者（記入者）欄には、**上田地域広域連合発行の「介護認定委託調査従事者証番号（8桁）」と「氏名」**を記入してください。（従事者証のない方は無記入でかまいません。）
- ・ 認定調査票（概況調査）[521]のIV概況・（特記事項）[550]・概況特記[570]については、コンピューターに取り込むと縮小されるため**大きい字で記入**してください。また、**記載欄から絶対はみ出さないように記入**してください。（記載欄からはみ出した文字は読み取りができません。）
- ・ 調査票の概況調査[521]・基本調査[522]・特記事項[550]は審査会資料となるため、住所・氏名・年齢は伏せて審査判定が行われます。概況調査[521]のIV概況、特記事項[550]の記入の際は、**略語、専門用語、固有名称、個人が特定されるような具体的な記載はしないように**お願いします。
 - ×地名、施設名 ⇒ 他市、県外、病院、施設 ×職業（住職、医師） ⇒ 記載しない
 - ×具体的な病名 ⇒ 悪性疾患、〇〇疾患、〇〇を痛めて、体調不良
 - ×息子が障がい者 ⇒ 息子は介護できる状況ではない
 - ×デイ、DS（DC） ⇒ デイサービス、デイケア ×CM ⇒ ケアマネージャー 等
- ・ 訂正は、修正テープできれいに消してからご記入ください。

◎ **資料1～3**をご確認ください。

2 特記事項の記入について

- ・「選択した根拠」、「介護の手間」、「頻度」等について記載してください。
- ・「ない」、「できる」、「介助されていない」場合であっても、状況により記載したほうが良いと判断される場合は、その状況を具体的に記載してください。
- ・上田地域広域連合審査会で特記事項の記載を求められている項目は次の表のとおりです。ご確認のうえ、必須項目については、必ず記載してください。

必須 … 特記の記載が必須です。

空欄 … 「ない」、「できる」、「介助されていない」を選択で特記すべき事項がない場合、特記は不要です。

	1群	2群	3群	4群	5群	6群	7群
1	必須	※注1 必須	必須	※注2	必須		必須
2	必須	必須			必須		必須
3	必須	必須			必須		
4	必須	必須					
5	必須	必須			必須		
6	必須	必須			必須		
7	必須	必須					
8	必須	必須					
9	必須	必須					
10	必須	必須					
11	必須	必須					
12	必須	必須					
13	必須						

※注1… 2-1（移乗）の特記事項については、移乗の行為が発生しない場合も記載してください。記載例）「歩行可能で移乗の機会はない。」 「歩行可能で定義の移乗行為はない。」

※注2… 4群については、該当がない場合であっても、ない旨の記載を401に入れてください。

例）「4群特記事項なし。」 「4群特になし。」 等

- ・特記事項550の2枚目を使用する際は、保険者番号（6ケタ）、申請日、氏名（調査対象者）、被保険者番号（10ケタ）の記入をして、こちらの面からご使用ください。
- ・パソコンで作成し印刷した文字の訂正は、修正テープできれいに消してからご記入ください。

◎ 資料4 をご確認ください。

3 概況特記 570 の記入について

- ・審査会資料としては提示しないものです。(当広域連合事務局の資料となります。)
- ・認定調査票(概況調査) 521の「IV 概況」欄の詳細な内容(必要な範囲で病名、地名等の固有名詞の記入も可能)を記入してください。
- ・パソコンで作成し印刷した文字の訂正は、修正テープできれいに消してからご記入ください。

◎ 資料5 をご確認ください。

4 パソコン 入力した調査票の修正方法について

(認定調査票 概況調査 521のIV概況、特記事項 550、概況特記 570の修正方法)

【 簡易な修正(2～3文字の修正)の場合 】

修正テープできれいに消して、上からボールペン(黒色)でご記入ください。

【 修正箇所が多い(全文書き直しが必要な)場合 】

- ・特記事項 550の修正については、修正する特記の特記番号のみを修正テープで消し、空欄の特記項目欄に、新たに手書きで特記番号と特記事項をご記入ください。

※特記番号欄が空欄になれば、その特記事項は読み取りを行いません。

- ・修正箇所が多い(全文書き直しが必要な)概況調査 521や概況特記 570、及び認定調査票全般において印刷ミスをした場合については、事務局で修正いたします。

正しい内容を白紙のA4用紙に印刷して、ミスプリントしたOCR用紙(原本)、概況特記 570(原本)と一緒に返送してください。

◎ 資料6 をご確認ください。

全ての項目について、該当する□にチェック(/ or ✓) と 記入 をしてください。
 チェック欄の中央に大きく記入してください。

5 2 1 保険者番号 □□□□□□ 申請日 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日

■介護保険

認定調査実施日を記入してください。

認定調査実施場所を選択してください。

I 調査実施

実施日時

令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日

実施場所

自宅内 自宅外

記入者

□□□□□□□□

氏名

所属機関

□□□□□□□□□□□□□□□□

上田地域広域連合発行の従事者証番号を記入してください。

調査員氏名を記入してください。

わからない場合は未記入でお願いします。

II 調査対象者

対象者氏名

生年月日

明治 大正 昭和

年 月 日生 歳

過去の認定

初回 2回め以降

(前回認定 年 月 日)

家族等連絡先 〒

電話

氏名

調査対象者との関係

前回認定結果

非該当 要支援 () 要介護 ()

III 現在受けているサービスの状況

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具費とは調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)

現在のサービス区分

予防・総合 介護 なし

訪問介護(8-4467)
・訪問型サービス

月 □□ □□ 回

(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)

月 □□ □□ 日

(介護予防)認知症対応型通所介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)訪問入浴介護

月 □□ □□ 回

(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)

月 □□ □□ 日

(介護予防)小規模多機能型居宅介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)訪問看護

月 □□ □□ 回

(介護予防)特定施設入居者生活介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)訪問リハビリテーション

月 □□ □□ 回

(介護予防)福祉用具貸与

□□ □□ 品目

地域密着型特定施設入居者生活介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)居宅療養管理指導

月 □□ □□ 回

特定(介護予防)福祉用具販売

□□ □□ 品目

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

月 □□ □□ 日

通所介護(デイサービス)
・通所型サービス

月 □□ □□ 回

住宅改修

あり

看護小規模多機能型居宅介護

月 □□ □□ 日

(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)

月 □□ □□ 回

夜間対応型訪問介護

月 □□ □□ 日

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

月 □□ □□ 回

市町村特別給付

介護保険給付外の在宅サービス

IV 概況

IV 概況 についての留意点

・「家族状況」の項目を選択してください。
 (施設入居の場合で退所予定がない場合は「独居」を選択してください。)

・特記すべき事項

①現在置かれている環境等(家族状況、住環境、傷病、既往歴等) ②利用しているサービス内容(住宅利用・施設利用) ③申請した理由 を簡潔にまとめて記入してください。

※1 特定施設入居者生活介護専用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV 概況

調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

家族状況

独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他) (家族状況は、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

全ての項目について、該当する□にチェック(/ or ✓) と 記入 をしてください。
 チェック欄の中央に大きく記入してください。

5 2 1 保険者番号 □□□□□□□□ 申請日 令和 □□年 □□月 □□日

■介護保険認定調査票 (概況調査)

被保険者番号 □□□□□□□□□□

I 調査実施者 (記入者)

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施してください。
 本人が思惑をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行ってください。

III 現在受けているサービスの状況 についての留意点

① 現在のサービス区分を必ず記入してください。

サービス利用がない場合は **なし** に、サービス利用がある場合は、現在の介護度に応じて、
 要支援 1・2 は **予防・総合**、要介護 1~5 は **介護** にチェックをしてください。

② サービス利用のある場合は、調査を行った月のサービスの利用回数・日数、福祉用具の貸与数等を記入してください。

③ **市町村特別給付**、**介護保険給付外の在宅サービス** の利用がある場合は、それぞれ記入してください。

III 現在受けているサービスの状況 (前回認定 年 月 日) 非該当 要支援() 要介護()

現在のサービス区分 予防・総合 介護 なし

訪問介護(ホームヘルプ) ・訪問型サービス	月 □□ □□ 回	(介護予防)短期入所生活 介護(ショートステイ)	月 □□ □□ 日	(介護予防)認知症対応型 通所介護	月 □□ □□ 日
(介護予防)訪問入浴介護	月 □□ □□ 回	(介護予防)短期入所療養 介護(療養ショート)	月 □□ □□ 日	(介護予防)小規模多機能 型居宅介護	月 □□ □□ 日
(介護予防)訪問看護	月 □□ □□ 回	(介護予防)特定施設入居 者生活介護	月 □□ □□ 日	(介護予防)認知症対応型 共同生活介護	月 □□ □□ 日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月 □□ □□ 回	(介護予防)福祉用具貸与	□□ □□ 品目	地域密着型特定施設入居 者生活介護	月 □□ □□ 日
(介護予防)居宅療養管理 指導	月 □□ □□ 回	特定(介護予防)福祉用具 販売	□□ □□ 品目	地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	月 □□ □□ 日
通所介護(デイサービス) ・通所型サービス	月 □□ □□ 回	住宅改修	<input type="checkbox"/> あり	看護小規模多機能型居宅 介護	月 □□ □□ 日
(介護予防)通所リハビリテーション (特1)	月 □□ □□ 回	夜間対応型訪問介護	月 □□ □□ 日	定期巡回・随時対 応型訪問介護看護	月 □□ □□ 日

III 市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス

施設利用

<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 適用施設(グループホーム)
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 適用施設	<input type="checkbox"/> 医療機関 (医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	<input type="checkbox"/> 介護医療院
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム*	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム*	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム*1,2	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅*1

施設連絡先
施設名 _____ 電話 _____
施設住所 〒 _____

IV 概況 調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境() 困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器等について特記すべき事項を記入してください。

家族状況 _____ (項目を記載)

病院・施設利用の場合は、いずれかにチェックし、施設名等を記載してください。

全ての項目について、該当する□にチェック(/ or ✓) と記入をしてください。

チェック欄の中央に大きく記入してください。

522

■ 認定調査票 (基本調査)

・あてはまる項目の□内に✓印をご記入ください。

第1群 (身体機能・起居動作)

1-1 肩肘等の有無 (補助回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 右上肢	<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 両腕の有無 (補助回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> その他	
1-3 歩返り	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
1-4 おき上がり	<input checked="" 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 checked="" 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		
1-6 両足での立位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない			
1-7 歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
1-8 立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
1-9 片足での立位	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない			
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない		
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
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"/> やつと聞こえる	<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"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-3 えん下	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-5 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<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"/> 介助されていない	<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"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-9 髪髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-11 スボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<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"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんど不可	<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		
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3-6 今の季節を理解する	<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		
3-8 排便	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	

第4群 (精神・行動障害)

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-7 介護に反抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-8 等直向きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-13 独り居・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-14 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4-15 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

※注 ときどきある：1/月以上 ある：1/週以上

第5群 (社会生活への適応)

5-1 菓の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
5-2 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
5-3 日課の意思決定	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別時以外可	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない
5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
5-5 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

※注 ときどきある：1/月以上 ある 1/週以上

6 過去14日間に受けた特別な医療について (複数回答可)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 (601)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (602)	<input type="checkbox"/> 透析 (603)	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 (604)
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (605)	<input type="checkbox"/> レスビレーター (606)	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 (607)	
	<input type="checkbox"/> 呼吸の管理 (608)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (609)		
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) (610)	<input type="checkbox"/> じょくそうの処置 (611)		
	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) (612)			

7 調査対象者の日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度 (確たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2
	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	
	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

2枚目を使用する場合は、1枚目に記載してある「保険者番号」、「申請日」、「氏名(調査対象者)」、「被保険者番号」を記入して、こちらの面から使用してください。

資料 4

5 5 0 保険者番号 申請日 令和 年 月 日

■認定調査票 (特記事項) 氏名 被保険者番号

※本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加してください

※記入例 201 - ←特記が1枠に収まらない場合は、下段の枠に連番を記入してください

特記番号は、3ケタの数字で記入してください。
例) 「1-1 麻痺等の有無」の場合は「101」、「1-10 洗身」の場合は「110」

同一群の項目で同じ内容の特記であれば、1つにまとめて記入できます。
例) 「1-3 寝返り」と「1-4 起き上がり」について、「2.つかまれば可」を選択した場合。

104 寝返り、起き上がりはベッド柵等につかまり行っている。「2.つかまれば可」を選択

ひとつの枠に書ききれず、続きを次の枠に書く場合は、枝番を記入してください。

例) 脳血管疾患の既往により、左下肢の麻痺があり、室内用歩行器につかまり歩行している。左足の上が悪く一歩一歩が出にくいいため、ゆっくりではあるが自力で何とか歩行している。続けて歩行すると疲れてしまうため、度々立ち止まることがあり、5mの連続歩行はできないことが多い。外出時は車イスを使用している。頻度から「3.できない」を選択する。

特記番号の項目順に記載しなくても、システム処理の際に自動で順番に並び替わります。

111 *****
異なった群は同じ枠に記入せずに、次の枠に記入してください。

202 *****

204 *****

※ 記載欄から絶対にはみ出さないように記入してください。
(記載欄からはみ出した文字は読み取りができません。)

資料 5

5 7 0 ・ 保険者番号 2 0 2 0 3 6 申請日 令和 * 年 * 月 * 日

■ 認定調査票(概況特記) 氏名 * * * * * 被保険者番号

III 現在受けているサービスの状況について詳しい内容を記入してください。

※ 以下の項目について、ご記入ください。

- ・申請状況(新規 / 更新 / 区分変更申請)
- ・居住状況(入院中、特別養護老人ホーム入所中、サービス付き高齢者住宅入居中 等)
- ・サービス等の利用状況(訪問介護の月回数、通所介護の月回数、通所リハビリの月回数、福祉用具貸与品目数と品名 等)

市町村特別給付のサービス種類名を記入してください。

介護保険給付外の在宅サービス種類名を記入してください。

※ 自費レンタルがある場合は、品名等をご記入ください。

IV 調査対象者の主訴、家族状況、居住環境、機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

(1) 調査対象者の主訴

※ 認定調査票 521 の【IV概況】に記載した内容と同じでもよいです。
必要な範囲で病名、地名等の固有名詞も記入可能です。

(2) 調査対象者の家族状況

※ 調査対象者の家族状況をご記入ください。

立会者 ※ 調査時の立会者をご記入ください。

(3) 調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)

※ 調査対象者の居住環境をご記入ください。

- ・居宅の場合(戸建て/市営住宅、畳中心の生活/バリアフリー 等)
- ・入院中、施設入所中の場合(4人部屋/個室 等)

(4) その他

※ 記載事項がなければ空欄でもよいです。

簡易な変更は修正テープの使用、手書きにて修正する。

550

■認定調査票 (特記事項)

※本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加してください

※記入例 201 201-1 ←特記が1枠に収まらない場合は、下段の 2 に連番を記入してください

207 歯みがきは座っている。口を洗ったり顔を洗う時は短時間台所で立っている。(208)
- (209) 短髪で整髪剤の習慣がないが、頭を拭くことは自分でできる。

① 000 衣類の着脱は自分です。ベッドに腰掛けて行っている。(211)
-

212 自分で車を運転して月～金まで会社に行く。運転中も会社でも常に携帯の酸素ポンプを持参。何が出来るわけではないが社員の顔を見てすぐに帰ってくる。
-

301 自分の意思を伝えることができる。
- 3群の他の質問には正答した。

405 不安になると同じことを繰り返し言う。『昨年のように要支援になったらどうしよう今のサービスがないと生活ができない』『治る病気ではないので夜寝るときに朝目が開かないのではと不安』と何度も言っている。月1回程度ある

修正が多い場合

- ① 修正元の特記番号を修正テープで消す
- ② 空いている欄に新しく特記番号と内容を書き込む。

550 保険者番号

申請日 令和 年 月 日

■認定調査票 (特記事項) 氏名 被保険者番号

※本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加してください

※記入例 201 201-1 ←特記が1枠に収まらない場合は、下段の枠に連番を記入してください

702 不安から精神面の不安定さが見られる。誰かが注意していれば生活できる。『1a』を選択。
-

② 210 衣類の着脱は自分で行う。ベッドに腰掛けて行っている(211)
-

000