

# 訪問調査票 1 (OCR用)

14

保険者番号

被保険者番号

282103

□□□□□□□□

## 概況調査

### 調査対象者

氏名		性別	生年月日			
□男 □女		□明治 □大正 □昭和	□年 □月 □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	電話番号
調査員	□□□□□□□□	氏名	所屬機関		

### 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 ケアハウス等				
<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"/> 特定施設	<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

<b>居宅の場合</b> 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	□□□回	訪問 入浴	□□□回	訪問 看護	□□□回	訪問 リハ	□□□回
	療養 指導	□□□回	通所 介護	□□□回	通所 リハ	□□□回	短期 生活	□□□日
	短期 療養	□□□日	特定 施設	□□□日	用具 貸与	□□□品	用具 販売	□□□品
	夜間 訪問	□□□日	認知 通所	□□□日	小規模 居宅	□□□日	認知 共同	□□□日
	地域 福祉	□□□日	地域 特定	□□□日	住宅 改修	□有 □無	回答個数 の合計 □□□□	
	定期 巡回	□□□回	看護 小規模	□□□日	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 ( ) <input type="checkbox"/> 予防給付・介護給付以外の 在宅サービス ( )			

## 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。

<b>第1群 身体機能・起居動作</b>															
1-1 麻痺 (複数回答可)	回答 合計	□	□	左上肢	□	右上肢	□	左下肢	□	右下肢	□	その他			
1-2 拘縮 (複数回答可)	回答 合計	□	□	肩関節	□	股関節	□	膝関節	□	その他					
1-3 寝返り	□	できる	□	つかまれば可	□	できない	1-5 座位保持	□	できる	□	自分で支えれば可	□	支えが必要	□	できない
1-4 起き 上がり	□	できる	□	つかまれば可	□	できない	1-6 両足立位	□	できる	□	支えが必要	□	できない		

# 訪問調査票 2 (OCR用)

115

保険者番号

被保険者番号

282103

□□□□□□□□

## 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 スボン等着脱	<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

# 訪問調査票 3 (OCR用)

116

保険者番号

282103

被保険者番号

□□□□□□□□

## 基本調査

### 第4群 精神・行動障害

4-13 独り言・独り笑い  ない  時々ある  ある

4-15 話がまとまらない  ない  時々ある  ある

4-14 自分勝手に行動する  ない  時々ある  ある

### 第5群 社会生活への適応

5-1 薬の内服  自立  一部介助  全介助

5-5 買い物  できる  見守り等  一部介助  全介助

5-2 金銭の管理  自立  一部介助  全介助

5-6 簡単な調理  できる  見守り等  一部介助  全介助

5-3 日常の意思決定  できる  特別除  困難  できない

5-4 集団への不適応  ない  時々ある  ある

### 過去14日間にうけた特別な医療について (あてはまる番号すべてにチェック)

**処置内容**

- 1. 点滴の管理
- 2. 中心静脈栄養
- 3. 透析
- 4. ストーマ (人工肛門) の処置
- 5. 酸素療法
- 6. レスピレーター (人工呼吸器)
- 7. 気管切開の処置
- 8. 疼痛の看護
- 9. 経管栄養

**特別な対応**

- 10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度)
- 11. じょくそうの処置
- 12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

回答合計

### 日常生活の自立度について

1. 障害高齢者の日常生活自立度  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

2. 認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M