

訪問調査票 1 (OCR用)

70

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	才
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	() 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 電話番号

氏名 所属機関

現在受けているサービス

介護給付 予防給付総合事業 なし

家族状況 0: 独居
1: 同居(夫婦のみ)
2: 同居(その他)

現在状況 01: 居宅、02: 老人福祉施設、03: 老人保健施設、05: グループホーム、06: 特定施設入居者生活介護適用施設、07: 医療機関(療養)、08: 医療機関(療養以外)、09: その他、10: 介護医療院、11: 養護老人ホーム*1、12: 軽費老人ホーム*1、13: 有料老人ホーム*1、14: サービス付高齢者住宅 *1特定施設入居者生活介護適用施設を除く。

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"/> 回	訪問入浴	<input type="text"/> 回	訪問看護	<input type="text"/> 回	訪問リハ	<input type="text"/> 回
	療養指導	<input type="text"/> 回	通所介護	<input type="text"/> 回	通所リハ	<input type="text"/> 回	短期生活	<input type="text"/> 日
	短期療養	<input type="text"/> 日	特定施設	<input type="text"/> 日	用具貸与	<input type="text"/> 品	用具販売	<input type="text"/> 品
	夜間訪問	<input type="text"/> 日	認知通所	<input type="text"/> 日	小規模居宅	<input type="text"/> 日	認知共同	<input type="text"/> 日
	地域福祉	<input type="text"/> 日	地域特定	<input type="text"/> 日	住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	定期巡回	<input type="text"/> 回	看護小規模	<input type="text"/> 日			回答個数の合計	<input type="text"/>
	<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。

第1群 身体機能・起居動作

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)

71

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

- | | |
|--|---|
| <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> | <p>1-10 洗身 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない</p> <p>1-11 つめ切り <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> |
|--|---|

1-12 視力 普通 1m先が見える 目の前が見える ほとんど見えず 判断不能

1-13 聴力 普通 やっと聞こえる 大声が聞こえる ほとんど聞こえず 判断不能

第2群 生活機能

- | | |
|--|---|
| <p>2-1 移乗 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-2 移動 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>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</p> <p>2-4 食事摂取 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-5 排尿 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-6 排便 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> | <p>2-7 口腔清潔 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-8 洗顔 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-9 整髪 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-10 上衣の着脱 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-11 スボン等着脱 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>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</p> |
|--|---|

第3群 認知機能

- | | |
|--|---|
| <p>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</p> <p>3-2 毎日の日課を理解 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>3-3 生年月日・年齢を言う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>3-4 短期記憶 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>3-5 自分の名前を言う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> | <p>3-6 今の季節を理解 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>3-7 場所の理解 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>3-8 徘徊 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>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</p> |
|--|---|

第4群 精神・行動障害

- | | |
|---|--|
| <p>4-1 被害的 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>4-2 作話 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>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</p> <p>4-4 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>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</p> <p>4-6 大声を出す <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> | <p>4-7 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4-10 収集癖 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>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</p> <p>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</p> |
|---|--|

訪問調査票 3 (OCR用)

72

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

- | | |
|--|--|
| <p>4-13 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> <p>4-14 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> | <p>4-15 話がまとまらない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> |
|--|--|

第5群 社会生活への適応

- | | |
|--|---|
| <p>5-1 薬の内服 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>5-2 金銭の管理 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>5-3 日常の意思決定 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別除 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない</p> <p>5-4 集団への不適応 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある</p> | <p>5-5 買い物 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>5-6 簡単な調理 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> |
|--|---|

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)

- | | | |
|--|---|--|
| <p>処置内容</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ストーマ (人工肛門) の処置</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置</p> <p>特別な対応</p> <p><input type="checkbox"/> 10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)</p> | <p><input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 酸素療法</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護</p> <p><input type="checkbox"/> 11. じょくそうの処置</p> | <p><input type="checkbox"/> 3. 透析</p> <p><input type="checkbox"/> 6. レスピレーター (人工呼吸器)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 経管栄養</p> <p style="text-align: right;">回答合計 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
|--|---|--|

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 | <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 |
| 2. 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 | |