

訪問調査票 1 (OCR用)

70

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"/> 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

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、04: 療養型医療施設、05: グループホーム、06: ケアハウス等、07: 医療機関(療養)
08: 医療機関(療養/精神以外)、09: その他、10: 介護医療院、11: 養護老人ホーム、12: 軽費老人ホーム、
13: 有料老人ホーム、14: サービス付住宅

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	回答個数の合計 <input type="text"/>	
	定期巡回	<input type="text"/> 回	看護小規模	<input type="text"/> 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 ()					

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 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p>
<p>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</p> <p>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</p>	

第2群 生活機能

<p>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</p> <p>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</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"/> 自立 <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"/> 自立 <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"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-8 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-9 整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>2-11 ズボン等着脱 <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</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

--	--	--	--	--	--	--	--

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"/> 自立 <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"/> 自立 <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"/> できる <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"/> できる <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>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	

主治医意見書の使用 あり なし

意見書短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり		
意見書認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない
意見書伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない
意見書食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助		

意見書-障害高齢者自立度・認知症高齢者自立度

障害高齢者自立度	<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
認知症高齢者自立度	<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	