

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者:

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話		初 回 再 来(前 /)
		その他(訪問)		
本人の現況	在 宅 ・ 入 院 又は 入所中()			
被保険者番号		女	年 月 日 生 () 歳	
フリガナ				
本人氏名				
住 所			Tel	
			fax	()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 【有効期限 年 月 日 ~ 年 月 31日 (前回の介護度 要支援)】			
障害等認定	身障()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室()()階、住宅改修(有・無)			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・			
来 所 者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
来所者 (相談者) 住 所・連絡先	Tel ()			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
家族関係等の状況				

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
				Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 その他	
				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

介護予防アセスメント [1] 基本チェックリスト

フリガナ			調査日	事前	
氏名				事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	生
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			運	社
栄養改善	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	生
	12	事前 身長 cm 体重 kg BMI #DIV/0! 事後 身長 cm 体重 kg BMI #DIV/0!				健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	生
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	生
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			社	生
認知機能	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2. はい 1. 少し時々 0. いいえ			健	他
合計 (点数)				0	0		

※課題領域

主領域 運=運動・移動 生=日常生活 社=社会参加・対人交流 健=健康管理・療養
他=物忘れ・うつ・経済・支援利用
副領域 予防サービス・支援計画書 作成の際の参考とする

介護予防アセスメント [2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	社
	3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	生
栄養食生活	4	食事の用意をしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
	5	規則的に3食とっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
	6	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか（尿もれ、便秘、下痢）	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	生
	14	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	生
洗濯・清掃	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割はありますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	他
	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	他
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度検診をうけていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	生
	28	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	運
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他

※すべての行為が出来ていれば「はい」ひとつでも欠けていれば

「少し・時々」すべてができていなければ「いいえ」

合計(点数)	0	0
総合計(点数)	0	0

		事前	事後
主領域合計	運動	0	0
	生活	0	0
	社会	0	0
	健康	0	0
総合計		0	0

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ)	調査日	H 年 月 日

		事前	備考	事後予測
A D L	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
I A D L	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

介護予防メニュー リスク確認(地域包括支援センター)

氏 名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい			
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい			
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい			
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい			
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい			
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい			
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか ①いいえ ②はい	糖尿病			
		高血圧			
		高脂血症			
		その他(備考欄に記入)			
	2 右記の内科疾患で受診していますか ①いいえ ②はい	腎臓病			
		心臓病			
		肝臓病			
		脾臓病			
		胃腸病			
		胆のう病			
		その他(備考欄に記入)			

リスク確認	3	摂食・嚥下障害はありますか	①いいえ ②はい			
	4	3ヶ月の間に体重が3～5Kg減りましたか	①いいえ ②はい			
	5	3ヶ月の間に体重が3～5Kg増えましたか	①いいえ ②はい			
	6	食事の制限を受けていますか (食物アレルギーを含む)	①いいえ ②はい			
	7	水分の制限はありますか	①いいえ ②はい			

口腔機能向上

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
リスク確認	1	この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定			
	2	歯や口の中の痛み	①いいえ ②はい			
	3	窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①いいえ ②はい			
	4	口のことで気がかりなこと	①いいえ ②はい			

介護予防サービス・支援計画表

NO. 1

利用者氏名	様										認定年月日	H 年 月 日	初回・紹介・継続	認定時・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
施設番号											要支援の有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日				
計画作成者氏名	委託の場合: 計画作成事業所・事業所名及び所在地(連絡先)															

計画作成(変更)日 H 年 月 日 (初回作成日 H 年 月 日)

担当地域包括支援センター:

目標とする生活

1日	1年
----	----

支援計画					目標	目標に対する 目標と具体策 の提案	総合的課題	領域における課題 (背景・原因)	本人・家族の 意欲・意向	運動・移動について	地域における課題 (背景・原因)	目標	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや 家族の支援、イン フォーマルサービス	介護保険 サービス または地域支援事業	サービス 種類	事業所	期間
アセスメント結果と 現在の状況	日常生活(家庭生活)について	社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて	健康増進について	運動・移動について														
				☒ 有 ☐ 無	1.													
				☒ 有 ☐ 無														
				☒ 有 ☐ 無														
				☒ 有 ☐ 無														

【本を行うべき支援が実施できない場合】
該当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発性の改善・予防のポイント

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこもり予 防	物忘れ 予防	うつ予防

【意見】

地域包括支援
センター

【確認印】

計画に同意する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

週間プラン

氏名 ()

担当者 ()

現在のプラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝食							
午前							
昼食							
午後							
夕食							
夜 特記							

変更プラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝食							
午前							
昼食							
午後							
夕食							
夜 特記							

	事前	事後
法定給付費用総額(保険対象)		
特別給付費用総額		
合計金額		

主のプラン変更点	事前	事後

介護予防支援・サービス評価表

評価日

利用者氏名 _____ 【被保険者番号: _____】 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
--------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

生活行為アセスメント(訪問・通所共通)

事業者:

氏名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
				事後	

生活行為	作業	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
買物	お金の支払い	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
調理	芋類等固い物の皮むき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	輪切り等スライス	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カボチャなど固い物を切る	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	みじん切り	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	鍋の移動	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	盛りつけ、菜箸操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	瓶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ブルトップ缶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	配膳、鍋運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ボールなど固定	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	冷蔵庫開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
食事	箸の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
更衣	ズボンファスナー	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	小さなボタンとめ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	靴下はき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
入浴	浴室での安全	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽またぎ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽しゃがみ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽椅子利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	シャワー、蛇口操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗髪	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗体	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
洗濯	洗濯物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗濯物干し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	大もの洗濯	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
掃除	床の拭き掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	たたみ、床掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カーペットの掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	掃除機	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽の掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ごみ出し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
連絡	電話利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	緊急連絡の不安対処	できる(0) 少し(1) 困難(2)			

介護予防メニューアセスメント(訪問用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	男・女	調査日	事前	
				事後	

運動機能向上

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
アセスメント	1	床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
	2	床上仰向けからの立ち上がり時間	秒数を入力(00.00秒)			
		床上仰向けからの立ち上がりの状況	①何にもつかまらずに行う ②膝や大腿などに手を着く ③床にてを着く ④テーブルや台、手すりなどにつかまる			
	3	開眼片脚立ちの時間	秒数を入力(00秒)			

栄養・食支援

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
アセスメント	1	現在自分は健康だと思いますか	①非常に健康 ②まあ健康な方だと思う ③あまり健康ではない ④健康ではない			
	2	6か月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加 減少、または増加のKg			事前体重: kg 事後体重: kg
	3	食事の支度で困難はありますか ①なし ②あり	献立 買い物 調理 配膳			
	4	食欲はありますか	①ある ②ややない ③ない			
	5	ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回) ③その他の場合の回数			
	6	酒類を飲みますか	①いいえ ②月1～2日程度 ③週1～2日程度 ④週5日以上			1日 を ml
	7	間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	8	6か月前と比べ主食量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	9	6か月前と比べ主菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	10	6か月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	11	1日の水分摂取量(〇mlで記入)	コップ1杯 ml×1日 杯	ml	ml	
	12	よく便秘になりますか	①いいえ ②はい			排便 日に1回
	13	食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②時々 ③はい			
	14	歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
アセスメント	15	右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす			
			カルシウムを増やす			
			鉄分を増やす			
			塩分を減らす			
			間食の取り方			
			カロリー(エネルギー)制限			
			その他(備考に入力)			
	16	食べるのが楽しいですか	①とても楽しみ ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない			

		事前		事後	
調査時の前24時間の食事内容	具体的料理名	朝食			
		昼食			
		夕食			
		間食			

口腔機能向上

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
アセスメント	1	入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
	2	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
	3	口の渇きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
	4	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①できる ②不十分 ③できない			
	5	30秒間の反復唾液嚥下テスト(RSST)の回数	①3回以上 ②3回未満 ③できない			
	6	食物残渣	①なし ②多少ある ③ある			
	7	舌苔	①なし ②多少ある ③ある			
	8	義歯あるいは歯の汚れ	①なし ②多少ある ③ある			
	9	口臭	①ない ②弱い ③強い			
	10	入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎食後 ②毎日1回以上 ③その他			
	11	口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①必要なし ②必要あり ③不可			
	12	食事をおいしく食べていますか	①とてもおいしい ②おいしい ③ふつう ④あまりおいしくない ⑤おいしくない			

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
13	食事中の食べこぼし	①こぼさない ②多少はこぼす ③多量にこぼす			
14	食事中や食後のタン(痰)のからみ	①ない ②時々ある ③いつもある			
好ましい変化(総合評価) (最終のみ) ※観察・聞き取りから ①あり ②なし		口の中がさわやかになった			
		唾がよく出るようになった			
		舌の動きがなめらかになった			
		むせや食べこぼしが減った			
		味覚が向上した			
		口もとがしまった			
		笑顔が増えた			
		頭がすっきり目覚めた			
		食事量が増えた			
		その他(備考に入力)			

実施のための利用者の情報

医師・歯科医師等の 指示または連携	
特記事項	

介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)

氏名: 様 事業者名:

計画作成日:

計画期間:

総合評価日:

サービス計画				評価		総合評価	
サービス区分	目標	援助内容	支援に際しての留意点	目標達成状況(1ヶ月)	評価	目標達成状況(3ヶ月)	評価
					○達成 △一部達成 ×未達成		○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
生活行為向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
栄養・食支援		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
口腔機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
アクティビティ		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
生活援助		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					

介護予防サービス 個別計画書(訪問用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	性別	歳	計画期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
		要介護度:		作成日	平成 年 月 日

サービス1 (曜日)	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
				分
				分
				分
		合計		分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
		合計		分
サービス2 (曜日)	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
				分
				分
				分
		合計		分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
		合計		分
サービス3 (曜日)	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
				分
				分
				分
		合計		分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
		合計		分

計画に対する同意

上記計画に対して同意します

平成 年 月

氏名

日 印

介護予防メニューアセスメント(通所用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	男・女	調査日	事前	
				事後	

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
	2 握力(kg)	(右手) kgを入力(00.0kg)			
		(左手) kgを入力(00.0kg)			
	3 30秒椅子からの立ち上がり(回)	回数を入力(00回)			
	4 開眼片脚立ち(秒)	秒数を入力(00秒)			
	5 5m最大歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
	6 Timed up&Go(秒)	秒数を入力(00.00秒)			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	1 現在自分は健康だと思いますか	①非常に健康 ②まあ健康な方だと思う ③あまり健康ではない ④健康ではない			
	2 6か月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加			事前体重: kg
		減少、または増加のKg			事後体重: kg
	3 食事の支度で困難はありますか ①なし ②あり	献立			
		買い物			
		調理			
		配膳			
	4 食欲はありますか	①ある ②ややない ③ない			
	5 ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回)			
		③その他の場合の回数			
	6 酒類を飲みますか	①いいえ ②月1~2日程度 ③週1~2日程度 ④週5日以上			1日 を ml
	7 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	8 6か月前と比べ主食量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	9 6か月前と比べ主菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	10 6か月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
アセスメント				事前	事後	
	11	1日の水分摂取量(〇mlで記入)	コップ1杯 ml×1日 杯	ml	ml	
	12	よく便秘になりますか	①いいえ ②はい			排便 日に1回
	13	食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②時々 ③はい			
	14	歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			
	15	右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす			
			カルシウムを増やす			
			鉄分を増やす			
			塩分を減らす			
			間食の取り方			
			カロリー(エネルギー)制限			
			その他(備考に記入)			
	16	食事が楽しいですか	①とても楽しみ ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない			

			事前	事後
調査時の食事内容 前24時間の	具体的料理名	朝食		
		昼食		
		夕食		
		間食		

口腔機能向上

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
	1	入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
	2	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
	3	口の渇きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
	4	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①できる ②不十分 ③できない			
	5	30秒間の反復唾液嚥下テスト(RSST)の回数	①3回以上 ②3回未満 ③できない			
	6	食物残渣	①なし ②多少ある ③ある			
	7	舌苔	①なし ②多少ある ③ある			
	8	義歯あるいは歯の汚れ	①なし ②多少ある ③ある			
	9	口臭	①ない ②弱い ③強い			
	10	入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎食後 ②毎日1回以上 ③その他			

		質問項目	評価尺度	該当番号		備考
				事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	11	口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①必要なし ②必要あり ③不可			
	12	食事をおいしく食べていますか	①とてもおいしい ②おいしい ③ふつう ④あまりおいしくない ⑤おいしくない			
	13	食事中的食べこぼし	①こぼさない ②多少はこぼす ③多量にこぼす			
	14	食事中や食後のタン(痰)のからみ	①ない ②時々ある ③いつもある			
好ましい変化(総合評価) (最終のみ) ※観察・聞き取りから ①あり ②なし			口の中がさわやかになった			
			唾がよく出るようになった			
			舌の動きがなめらかになった			
			むせや食べこぼしが減った			
			味覚が向上した			
			口もとがしまった			
			笑顔が増えた			
			頭がすっきり目覚めた			
			食事量が増えた			
			その他(備考に入力)			

実施のための利用者の情報

医師・歯科医師等の 指示または連携	
特記事項	

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: 様 事業者名:

計画作成日:

計画期間:

総合評価日:

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価	
	目標	支援計画		目標達成状況(1ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況(3ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成
		援助内容	支援に際しての留意点				
運動機能向上・生活機能向上	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						
栄養・食支援	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						
口腔機能向上	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						
アクティビティ	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						

事業者名:

氏名	(ふりがな)	性別 歳	計画期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
		要介護度:	作成日	平成 年 月 日

		サービス区分	サービス内容	所要時間	
サービス1 (曜日)	午前			分	
				分	
				分	
				分	
				分	
		合計		分	
	午後			分	
				分	
				分	
				分	
				分	
		合計		分	
	サービス2 (曜日)	午前			分
					分
				分	
				分	
				分	
合計			分		
午後				分	
				分	
				分	
				分	
				分	
		合計		分	

計画に対する同意
上記計画に対して同意します
平成 年 月
氏名

0305

市区町村
コード

9 9 9 9 9

対象者番号

[illegible]

調査回目	回
------	---

管理市町村
コード

--	--	--	--	--

医師番号

□ □ □ □ □ □ □ □ □

申請日

□□□□年□□月□□日

記入日

□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない

医師氏名

医療機関名

電話 ()

医療機関所在地

FAX ()

(1)最終診察日	年 月 日		(2)意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上	
(3)他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無	有の場合 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()			

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入)及び発症年月日

1.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日	頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日	頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日	頃)

傷 (2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

病に (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〔最近（概ね6ヶ月以内）介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

2 特別な医療	(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)					
	処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
		☐ レスプレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
	特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度 等)			☐ 褥瘡の処置	
	失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

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

(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・短期記憶	☐ 問題なし	☐ 問題あり		
・日常の意思決定を 行うための認知能力	☐ 自立	☐ いくらか困難	☐ 見守りが必要	☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる	☐ いくらか困難	☐ 具体的要求に限られる	☐ 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

☐ 無 ☐ 有 { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊
↳ ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()

(4) その他の精神・神経症状
☐ 無 ☐ 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

主治医意見書②

0316

市区町村コード

対象者番号

記入日 年 月 日

3
心身の状態に関する意見

(5) 身体の状態

利き腕 (☐ 右 ☐ 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位:)

☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 筋力の低下 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4
生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良

→栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()

→対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5
特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

I.	調査実施者 (記入者)	市区町村コード	9 9 9 9 9	実施日時	2 0 年 月 日 時	
		管理市町村コード		調査者番号		
		実施場所	☐ 自宅内 ☐ 自宅外			
II.	調査対象者	過去の認定 初回・2回め以降(前回認定 年 月 日) 前回認定結果()				
被保険者番号 (対象者番号)					生年月日	年 月 日
ふりがな 対象者氏名		現住所				
電話番号		-			性別	男 ・ 女
申請日		年 月 日		調査回目	回目	
III.		家族等 連絡先住所 氏 名				
		対象者との関係() 電話番号 -				
III. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。						

Ⅲ. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

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)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載												
現在受けているサービスの状況		なし ☐	予防給付サービス ☐	介護給付サービス ☐								
在宅利用	・(介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月				回	・(介護予防)福祉用具貸与				品目	
	・(介護予防)訪問入浴介護	月				回	・特定(介護予防)福祉用具販売				品目	
	・(介護予防)訪問看護	月				回	・住宅改修	あり ☐	なし ☐			
	・(介護予防)訪問リハビリテーション	月				回	・夜間対応型訪問介護	月				日
	・(介護予防)居宅療養管理指導	月				回	・(介護予防)認知症対応型通所介護	月				日
	・(介護予防)通所介護(デイサービス)	月				回	・(介護予防)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	・(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月				日
	・(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月				日	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月				日
	・(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月				日	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月				日
	・(介護予防)特定施設入居者生活介護	月				日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月				回
・複合型サービス	月				日							
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	☐ 介護老人福祉施設		☐ 介護老人保健施設		☐ 介護療養型医療施設							
	☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)		☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)									
	☐ 医療機関(医療保険適用療養病床)		☐ 医療機関(療養病床以外)		☐ その他の施設							
施設連絡先		施設名 ()										
〒 -		電話 - -										

IV. 調査対象者の家族状況、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）、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。

認定調査票(基本調査①)

0402

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 左上肢 ☐ 3) 右上肢 ☐ 4) 左下肢 ☐ 5) 右下肢 ☐ 6) その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 肩関節 ☐ 3) 股関節 ☐ 4) 膝関節 ☐ 5) その他(四肢の欠損)
1-3 寝返り	☐ 1) つかまらない でできる ☐ 2) 何かにつかまれば できる ☐ 3) できない
1-4 起き上がり	☐ 1) つかまらない でできる ☐ 2) 何かにつかまれば できる ☐ 3) できない
1-5 座位保持	☐ 1) できる ☐ 2) 自分の手で支えれ ばできる ☐ 3) 支えてもらえれ ばできる ☐ 4) できない
1-6 両足での立位保持	☐ 1) 支えなしで できる ☐ 2) 何か支えがあれば できる ☐ 3) できない
1-7 歩行	☐ 1) つかまらない でできる ☐ 2) 何かにつかまれば できる ☐ 3) できない
1-8 立ち上がり	☐ 1) つかまらない でできる ☐ 2) 何かにつかまれば できる ☐ 3) できない
1-9 片足での立位保持	☐ 1) 支えなしで できる ☐ 2) 何か支えがあれば できる ☐ 3) できない
1-10 洗身	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助 ☐ 4) 行っていない
1-11 つめ切り	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
1-12 視力	☐ 1) 普通(日常 生活に支障 がない) ☐ 2) 約1m離れた 視力確認表の 図が見える ☐ 3) 目の前に置いた 視力確認表の 図が見える ☐ 4) ほとんど 見えない ☐ 5) 見えて いるのか 判断不能
1-13 聴力	☐ 1) 普通 ☐ 2) 普通の声がやっ と聞き取れる ☐ 3) かなり大きな 声なら何とか 聞き取れる ☐ 4) ほとんど 聞こえない ☐ 5) 聞こえて いるのか 判断不能
2-1 移乗	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-2 移動	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-3 えん下	☐ 1) できる ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) できない
2-4 食事摂取	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-5 排尿	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-6 排便	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-7 口腔清潔	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-8 洗顔	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-9 整髪	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-10 上衣の着脱	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-11 スボン等の着脱	☐ 1) 介助されて いない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-12 外出頻度	☐ 1) 週1回以上 ☐ 2) 月1回以上 ☐ 3) 月1回未満
3-1 意思の伝達	☐ 1) 調査対象者が意思を 他者に伝達できる ☐ 2) とときき伝達できる ☐ 3) ほとんど伝達 できない ☐ 4) できない
3-2 毎日の日課を理解する	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-3 生年月日や年齢を言う	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-4 短期記憶(面接調査の直前に 何をしていたか思い出す)	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-5 自分の名前を言う	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-6 今の季節を理解する	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-7 場所の理解(自分が いる場所を答える)	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-8 徘徊	☐ 1) ない ☐ 2) ととききある ☐ 3) ある
3-9 外出すると戻れない	☐ 1) ない ☐ 2) ととききある ☐ 3) ある

認定調査票(基本調査②)

0403

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-2	作話をする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-4	昼夜の逆転	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-5	しつこく同じ話をする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-6	大声を出す	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-7	介護に抵抗する	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-8	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-12	ひどい物忘れ	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-14	自分勝手に行動する	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-15	話がまとまらず、会話にならない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
5-1	薬の内服	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 一部介助	☐ 3) 全介助
5-2	金銭の管理	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 一部介助	☐ 3) 全介助
5-3	日常の意思決定	☐ 1) できる	☐ 2) 特別な場合を除いてできる	☐ 3) 日常的に困難 ☐ 4) できない
5-4	集団への不適応	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
5-5	買い物	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 見守り等	☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
5-6	簡単な調理	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 見守り等	☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
6 過去14日間 に受けた 医療 (複数回答可)	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
	特別な対応	☐ 8) 疼痛の看護 ☐ 9) 経管栄養	☐ 10) モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 11) じよくそうの処置	
7 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		

認定調査票(特記事項)

0404

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

1. 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

1	-		
1	-		
1	-		
1	-		

2. 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱、2-11ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

2	-		
2	-		
2	-		
2	-		

3. 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 徘徊、3-9 外出して戻れない

3	-		
3	-		
3	-		
3	-		

4. 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

4	-		
4	-		
4	-		
4	-		

5. 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服、5-2 金銭の管理、5-3 日常の意思決定、5-4 集団への不適応、5-5 買い物、5-6 簡単な調理

5	-		
5	-		
5	-		
5	-		

6. 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

6	-		
6	-		
6	-		
6	-		

7. 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

7	-		
7	-		
7	-		
7	-		

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい