

# 認定調査票の作成について

## 記入上の注意

- おもて面は、BかHBの鉛筆で記載してください。
- おもて面で斜線部分は、記入不要です。
- 裏面の特記事項は、パソコンで入力したものを印字してください。

## おもて面（概況調査・基本調査）記入例

2枚目がある場合、2枚目の表面は、被保険者番号と名前を記載してください。  
2枚目にサービス状況、調査実施場所、立会い者連絡先の記載は必要ありません。

**概況調査 介護認定調査票(OCR用)Ver7.0**

※文字の記入は見本を見て枠内に丁寧に記入して下さい。

保険者番号 131052 被保険者番号 0000123456 申請日 申請種別 区分

調査対象者 氏名 文京太郎 生年 年齢

記入は鉛筆で行なってください。 調査日 忘れずに！ 事業所電話番号 忘れずに！

前認定結果 調査員 春子

調査実施者 実施日 010703 所属機関 居宅介護支援事務所 TEL 1234-5678

現在受けているサービス状況

認定調査を行った月の訪問介護 回数・品目数を記入 (例) 8回→008、2品目→002、なしの場合は、空欄

利用者は 028~031 (調査月の日数) を記入し、施設にチェック

利用者は 001 と記入。概況調査にサービス内容、回数を記入

施設(病院)連絡先

施設(病院)名称 住宅改修の有無をチェック、不明時は未記入

施設・医療機関利用の場合名称・住所記入

調査実施場所  調査対象者自宅

立会者連絡先

紙おむつの支給、自費ベッドレンタル、医療からの訪問看護など

サービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホームに入居している場合は、「その他」にチェック

基本調査

麻痺等・拘縮 「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. 麻痺等の有無 (複数回答可) 合計 2

2. 拘縮の有無 (複数回答可) 合計 0

3. 歩行 歩行速度 歩行距離

4. 移動 移動速度

5. 食事摂取

6. 排便

7. 口腔清潔

8. 洗顔

9. 整髪

10. 外出頻度

第2群 生活機能

1. 移動

2. 移動

3. えん下

4. 食事摂取

5. 排尿

6. 排便

7. 口腔清潔

8. 洗顔

9. 整髪

10. 外出頻度

第3群 認知機能

1. 意思の伝達

2. 毎日の日課を

3. 生年月日を言

4. 短期記憶

5. 自分の名前を

特別な医療

1. 点滴の管理

2. 中心静脈栄養

3. 透 析

4. ストーマの処置

5. 酸素療法

6. レスピレーター

7. 気管切開の処置

8. 疼痛の看護

9. 経管栄養

10. モニター測定

11. じょくそうの処置

12. カテーテル

日常生活自立度

1. 障害高齢者自立度

2. 認知症高齢者自立度

主治医意見書の使用 あり なし

1. 短期記憶

2. 認知能力

3. 伝達能力

4. 食事

5. 認知症高齢者の日常生活自立度

機械処理しますので折らないで使用して下さい

**記入不要**

特記事項・パソコン用(見本) \*文京区の様式では、このような形式となります。

(1枚目)

(追加記載がある場合)

2枚目は、表面又は裏面にえんぴつで被保険者番号と氏名を記載してください。

認定調査票(特記事項) 59

保険者番号 131052 被保険者番号 2枚目以降がある場合は左の枠内に何枚目を記入して下さい

概況調査 立会者の有無と調査対象者との関係、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、傷病・既往歴等について特記すべき事項を記入して下さい。

概況調査欄について

概況調査の欄は、この位置から動かさないようにしてください。

- \*立会い者の有無や立会い者を記載してください。(おもて面「立会者連絡先」の記入も忘れずに。立会い者無しの場合は、「なし」と記入)
- \*変更申請時は「変更申請」とその旨を記載してください。
- \***総合事業利用者**は、**サービス名と利用回数を記載**してください。
- \*病院・施設等に入院・入所している場合は入院・入所日を記入してください。(過去1ヶ月以内に退院している場合も入院期間を記入)

認定調査票(特記事項) 2 2枚目以降がある場合は左の枠内に何枚目を記入して下さい

保険者番号 131052 被保険者番号

特記事項が何枚目かを、えんぴつの手書きで書いてください。

- ① **必ず、7行程度 改行を入れて、余白を作ってください。そして、余白には、何も記載しないでください。**
- ② 2枚目の書き出しは、**必ず、群で区切り、**記入してください。

① **特記事項は、別の白紙ではなく、必ず調査票裏面を使用してください。**

② 各群の行を調整(増減)し、記入してください。ただし、**群名、項目名の行は削除しないでください。**

③ なるべく1枚に収めてください。1枚に収まらない場合は、右記の「追加記載がある場合」を参照してください。  
(行途中で文章が終了した場合、行途中から次の項目の記載をしても可)

\*追加記載の場合も、**おもて面**に「被保険者番号」と「調査対象者氏名」を手書き(鉛筆)で書いてください。  
\*1枚目と同様に、**調査票の裏面に印刷してください。(別の白紙に印刷しないで!)**

\*2枚目の記載がある場合は「2枚目記載あり」と記入する。

調査票記入について

\*おもて面 **BかHBの鉛筆**

うら面 パソコンから印刷し、追記は黒ボールペンで記載して下さい。

インクが消せるボールペンは使用しないで下さい。

\*おもて面の斜線部分は記入不要です。

\***特記事項はすべての項目について記載**し(4群は該当項目のみ)、**2枚まで**で収めて下さい。

選択肢の根拠としてイメージできるよう **試行結果や本人の回答、調査時の状況とは異なる日頃の状況**を記載して下さい。

\***介護の手間と頻度**は必ず記載して下さい。特に(2-5)排尿、(2-6)排便、(2-12)外出頻度、(3-8)徘徊、(3-9)外出して戻れない、(4群)、(5-4)集団への不適応は記載がないと選択肢が確定できません。

\*文字の大きさ(フォント)は**変えず**に入力して下さい。

\*うら面修正する場合は**修正液等使用せず**、**二重線で消し**、**加筆**して下さい。訂正印は不要です。

\*特記事項は別の白紙ではなく、必ず調査票裏面に記入して下さい。

2枚目使用について ※収まるようであれば1枚で収めて下さい

\*2枚目のおもて面に**被保険者番号と名前**を記載して下さい。また**2枚目うら面上部四角内に鉛筆で「2」**と入れて下さい。

\*2枚目の上から**7行程度改行**し、**空白のスペース**を作して下さい。

\***1群から順番に書き**、**下まで到達したら続きを2枚目に記載**して下さい。

(例) 1枚目: 1群~3群、2枚目: 4群~7群

\*フォーマットには予め段落分けされていますが、改行や行の途中から次の項目を記載して頂いて構いません。

\*1枚目最下段に「○群より2枚目」「2枚目記載あり」等と2枚目の記載の旨を記入する。

概況調査欄について

概況調査欄は初期位置から移動させないで下さい。

3行に収め、別枠には追記しないで下さい。(足りない場合でも5行まで)

家族状況、居住環境、傷病・既往歴、本人・家族の今後の生活への希望等、調査対象者や調査状況の概況を必ず記載して下さい。

**立会者の有無や立会者との関係**を記載して下さい。

立会者なしの場合は「立会者なし」、「調査後ケアマネより聞き取り」等

変更申請時は「**変更申請**」と記載して下さい。

病院・施設等に入院・入所している場合は、**入院・入所日**を記入して下さい。

過去1ヶ月以内に退院している場合も入院期間を記入。

**総合事業利用者**は、**サービス名と利用回数**を記載して下さい。例: 総合事業で訪問介護1回/w利用

※ 概況欄、特記事項に個人の特定につながる情報(氏名、住所、病院名、立会者名等)は記載しないで下さい。

記載の必要がある場合には(都外、他区等)特定できないよう抽象化して下さい。



# おもて面 概況調査・基本調査記入チェックシート

- 被保険者番号
- 調査対象者氏名
- 調査実施日
- 調査員名
- 所属機関・電話番号（調査結果の確認で連絡を取る事があります）
- 現在のサービス（予防給付・介護給付）

介護度に応じて選択 要支援→(予防給付・総合事業)、要介護→(介護給付)、新規申請→(なし)

サービスの利用回数

- 回数・品目数を記入（8回→008）、（2品目→002）、（なしの場合は空欄）
- 特定施設入居者生活介護は利用日数（調査月の日数 例:4月→30日）を記入。  
→特定施設入居者は居宅療養管理の利用が多いので、利用ないか確認
- 調査を行った月のサービス利用の回数・品目の合計を記入  
例：訪問介護8回、通所介護8回、福祉用具貸与2品目＝0018  
→サービス利用なし、新規申請の場合は合計に「<sup>ゼロ</sup>0」を記入。  
→老人福祉施設・老人保健施設・療養型医療施設・医療機関・介護医療院も在宅サービスの利用はないので、合計に「<sup>ゼロ</sup>0」を記入。  
→住宅改修の有無は含まない。
- 自費・医療等の介護保険外でサービスがある場合は「予防給付・介護給付以外の在宅サービス」に項目回数を記載（例：自費ヘルパー週3回、自費車いすレンタル）

調査実施場所

→ 自宅の場合 「調査対象者自宅」に✓

→ 別宅・家族宅等の場合

「その他自宅（家族宅等）」に✓を入れ、本人別宅・長女宅等の旨を記載し、場所と住所を記入

→ 施設・病院の場合

●施設・医療機関等に✓を入れ、名称を記入

●上段の「施設利用時に記入」の該当の施設に✓

→サービス付高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームは「その他」に✓し、調査実施場所欄に施設名と「サービス付高齢者向け住宅」、「住宅型有料老人ホーム」と併記する

●上段の病院（施設）連絡先に名称・郵便番号・住所・電話番号を記入

立会者連絡先 立会者氏名、関係、電話番号を記入

（立会者なしの場合は「なし」と記入）

概況調査	
被保険者番号	被保険者番号
調査対象者氏名	調査対象者氏名
調査実施日	調査員
所属機関	TEL
現在のサービス <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 総合事業	
居室の場合該当するものに右つめて記入して下さい。	
認定調査を行った月のサービス利用回数(回/月) (福祉用具貸与は品目数/半年) (福祉用具貸与は品目数) (複数該当可) (要介護認定期間介護) (地域特定施設入居者) (地域介護福祉入所者は介護給付のみの項目です。)	
訪問介護	訪問入浴
訪問看護	訪問リハビリ
居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス)
通所介護(デイケア)	短期生活介護
短期療養介護	特定施設入居者生活介護
福祉用具貸与	福祉用具販売
後援型訪問介護	
認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護
認知症対応型居宅介護	地域特定施設入居者
地域介護福祉入所者	定期巡回・随時対応介護
看護小規模	住宅改修
	受けているサービスを入れた場合は、必ずこの合計を記入して下さい。(利用回数と品目数の合計)
施設利用時に記入	<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"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <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 <input type="checkbox"/> その他
施設(病院)連絡先	
施設(病院)名称	施設(病院)住所
	電話 ( ) -
<input type="checkbox"/> 予防給付・介護給付以外の在宅サービス	
調査実施場所	立会者連絡先
<input type="checkbox"/> 調査対象者自宅 <input type="checkbox"/> その他自宅(家族宅等) <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等	氏名 _____ 調査対象者との関係 _____ TEL _____