

●認定調査票の記入方法●

記入全般にかかるお願い

- ◆文字、数字、チェックは枠内からはみ出さないようにていねいに記入してください。
機械で読み取りをしますので、適度な大きさに記入してください。
- ◆数字の「0」は上部を閉じて表記してください。
- ◆HB以上の鉛筆またはシャープペンシルを使用して記入してください。
薄いと機械で読み取りができないのでなるべく濃く記入してください。

○保険者番号：弘前市の保険者番号

○申請日：年月日を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）

〈例〉 申請日 令和 年月日

〈例〉 申請日 令和 年月日

○被保険者番号：10文字すべて記入してください。「0」を省略しないでください。

I 調査実施者（記入者）

○実施日時：年月日を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）

〈例〉 申請日 令和 年月日

〈例〉 申請日 令和 年月日

○実施場所：自宅内か自宅外に✓してください。自宅外の場合は、調査場所を記入してください。

○記入者：氏名のみ記入してください。 内の記入は不要です。

○所属機関：名称と電話番号を記入してください。 内の記入は不要です。

II 調査対象者

前回認定結果が不明の場合は、無記入でかまいません。それ以外の部分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。

○現在のサービス区分：該当する箇所に✓してください。

- ・予防…現在、予防給付を受けている申請者の場合は✓してください。
- ・介護…現在、介護サービスを受けている申請者の場合は✓してください。
- ・なし…現在、介護サービスや予防サービスを受けていない申請者（新規申請者）が対象です。

○月のサービス利用回数および品目数を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）

〈例〉 訪問介護 月 回 福祉用具 月 品目

○施設等利用：該当する番号を記入し、施設等連絡先（施設等名、施設住所、電話番号）を記入してください。

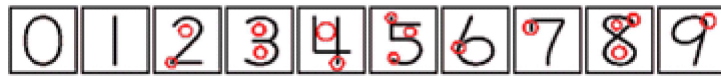
IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無について

○家族状況について該当する箇所に✓してください。その他の事項についてはこの部分に記入せずに、特記事項の上部に記載してください。

認定調査票OCRシート記入ガイド

1. 文字記入注意事項(手書きの場合は次の点に注意して記入してください。)

(1) 手書き文字標準(○印の部分に注意してください)



(2) 形に注意

- ・文字と文字はつなげない



- ・文字に飾りはつけない



- ・1 枠に 1 文字記入する



(3) 位置に注意



(4) 濃さに注意

- ・HB 0.5mmのシャープペンが最適



- ・文字の訂正は消し残しのないように



(5) 大きさに注意

- ・文字枠からはみ出さない



- ・文字が小さすぎない

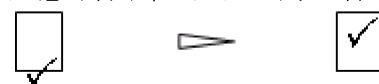


2. チェック文字記入注意事項

(1) レ点文字標準



(2) 位置に注意(最下位手点の角が枠の中に入るようにしてください)



記入例

保険者番号 0 2 2 0 2 0 申請日 令和 7 年 1 月 1 4 日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

■認定調査票（概況調査）

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

I 調査実施者（記入者）

■実施日時	令和 8 年 3 月 5 日
■実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 (たかまる市立病院)
■記入者	ふりがな ひろさき はなこ 氏名 弘前 花子
■所属機関	たかまる居宅介護支援事業所 0172-99-9999

II 調査対象者

過去の認定 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2 回め以降 (前回認定 2025 年 11 月 22 日)	前回認定結果 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
対象者氏名 ふりがな つがる さくら 津軽 桜	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 現住所 〒036-9993 電話 090-1111-2222 弘前市上白金町39-8
生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 5 年 11 月 30 日生 102 歳	家族等連絡先 〒036-0003 電話 080-1111-2222 青森市中央X番地5 氏名 津軽 太郎 調査対象者との関係 長男

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下さい。

在宅利用〔認定調査を行な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〕

現在のサービス区分 ☐ 予防・総合 ☒ 介護 ☐ なし

訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス 月 1 0 0 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 日	夜間対応型訪問介護 月 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 回	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート) 月 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 日
(介護予防)訪問看護 月 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 日	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 回	(介護予防)福祉用具貸与 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日
(介護予防)居宅療養管理指導 月 回	特定(介護予防)福祉用具販売 品目	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
通所介護(デイサービス)・通所型サービス 月 回	住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> あり	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)通所リハビリテーション(デイケア) 月 回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 6 回	看護小規模多機能型居宅介護 月 1 2 日

市町村特別給付

介護保険給付外の在宅サービス

施設等利用 0 3
01なし 02介護老人福祉施設 03介護老人保健施設 04介護療養型医療施設 05認知症対応型共同生活介護適用施設
06特定施設入居者生活介護適用施設 07医療機関(医療保険適用療養病床) (グループホーム)
(ケアハウス等) 08医療機関(療養病床以外) 09その他の施設 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 ※1,2 14サービス付き高齢者向け住宅 ※1

施設等連絡先

施設等名 施設等連絡先施設等名 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4

施設住所 〒 777-7777

施設住所 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

電話 3412-567-8901

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

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)、施設等における状況、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。

※家族状況 ☒ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 同居(その他) (家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

記入不要

■認定調査票(基本調査)

・あてはまる項目の ☐ 内に ☒ 印をご記入ください。

第1群 (身体機能・起居動作)

1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他	(101)
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> その他	(102)
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	(103)
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	(104)
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない	(105)
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない	(106)
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	(107)
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	(108)
1-9 片足での立位	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない	(109)
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない	(110)
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(111)
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" 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	(112)
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" 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	(113)

第2群 (生活機能)

2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(201)
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(202)
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> できない	(203)
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(204)
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(205)
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(206)
2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(207)
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(208)
2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(209)
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(210)
2-11 スボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(211)
2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満	(212)

第3群 (認知機能)

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> できない	(301)
3-2 毎日の日課を理解	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	(302)
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	(303)
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	(304)
3-5 自分の名前を言う	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	(305)
3-6 今の季節を理解する	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	(306)
3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	(307)
3-8 徘徊	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(308)
3-9 外出すると戻れない	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(309)

第4群 (精神・行動障害)

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(401)
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(402)
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(403)
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(404)
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(405)
4-6 大声をだす	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(406)
4-7 介護に抵抗	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(407)
4-8 落ち着きなし	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(408)
4-9 一人で出たがる	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(409)
4-10 収集癖	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(410)
4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(411)
4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(412)
4-13 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(413)
4-14 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(414)
4-15 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(415)

※注 ときどきある：1/月以上 ある：1/週以上

第5群 (社会生活への適応)

5-1 薬の内服	<input checked="" type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(501)
5-2 金銭の管理	<input checked="" type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(502)
5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別時以外可 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input checked="" type="checkbox"/> できない	(503)
5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	(504)
5-5 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	(505)
5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	(506)

※注 ときどきある：1/月以上 ある：1/週以上

6 過去14日間にうけた特別な医療について (複数解答可)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 (601) <input checked="" type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (602) <input type="checkbox"/> 透析 (603) <input checked="" type="checkbox"/> ストーマの処置 (604) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (605) <input checked="" type="checkbox"/> レスビレーター (606) <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開の処置 (607) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 (608) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (609)
特別な対応	<input checked="" type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) (610) <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 (611) <input checked="" type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) (612)

7 調査対象者の日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (701)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度 (702)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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