●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、適度な大きさで記入してください。
◆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。

〇保険者番号：弘前市の保険者番号
０ ２ ２ ０ ２ ０
〇申請日：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　０ ８年０ ２月０ ８日
〈例〉　申請日　　令和　　 ８年　 ２月　 ８日
〇被保険者番号：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。
０ ０ ０ ０ ４ ５ ６ ７ ８ ９

Ⅰ　調査実施者（記入者）

〇実施日時：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　０ ８年０ ３月１ ８日
〈例〉　申請日　　令和　　 ８年　 ３月　 ８日

〇実施場所：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。

〇記入者：氏名のみ記入してください。□　内の記入は不要です。
〇所属機関：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。

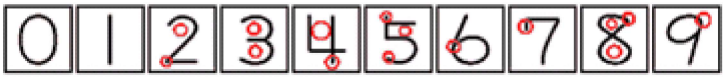
〇現在のサービス区分：該当する箇所に✓してください。
・予防…現在、予防給付を受けている申請者の場合は✓してください。
・介護…現在、介護サービスを受けている申請者の場合は✓してください。
・なし…現在、介護サービスや予防サービスを受けていない申請者（新規申請者）が対象です。
〇月のサービス利用回数および品目数を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）
〈例〉　訪問介護　　月　０ １ ３　回　　福祉用具　　月　　 ３　品目
〇施設等利用：該当する番号を記入し、施設等連絡先（施設等名、施設住所、電話番号）を記入してください。

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

〇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(○印の部分を注意してください)



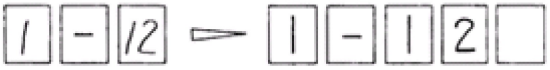
   (2) 形に注意
      ・文字と文字はつなげない



      ・文字に飾りはつけない



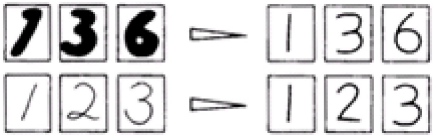
      ・１枠に１文字記入する



   (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 14 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	☐自宅内　☑自宅外	（たかまる市立病院）
■記入者	記入不要	ふりがな ひろさき はなこ 氏名 弘前 花子
■所属機関		名称 たかまる居宅介護支援事業所　電話 0172-99-9999

Ⅱ 調査対象者

過去の認定　☑初回　☐2回め以降（前回認定 2025年 11 月 22 日）

前回認定結果　☐非該当　☐要支援（　）　☐要介護（　）

対象者氏名	ふりがな つがる さくら 津軽 桜	☑男 ☑女	現住所 〒　電話 家族等連絡先 〒　電話 記入不要 氏名　調査対象者との関係

生年月日　☑明治　☐大正　☐昭和　5 年 11 月 30 日生 102 歳

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	☑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ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅※1

施設等連絡先

施設等名　記入不要

施設住所〒　電話

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。　※2 ｻｰﾋﾞ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

252

■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）	☑ない	☑左上肢	☑右上肢	☑左下肢	☑右下肢	☑その他	(101)
1-2	拘縮の有無（複数回答可）	□ない	☑肩	□股	□膝	□その他		(102)
1-3	寝返り	□できる	☑つかまれば可	□できない				(103)
1-4	起き上がり	□できる	☑つかまれば可	□できない				(104)
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			(105)
1-6	両足での立位保持	□できる	☑支えが必要	□できない				(106)
1-7	歩行	□できる	☑つかまれば可	□できない				(107)
1-8	立ち上がり	□できる	☑つかまれば可	□できない				(108)
1-9	片足での立位	□できる	☑支えが必要	□できない				(109)
1-10	洗身	□介助されていない	☑一部介助	□全介助	□行っていない			(110)
1-11	つめ切り	□介助されていない	☑一部介助	□全介助				(111)
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		(112)
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		(113)

第２群（生活機能）

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

第３群（認知機能）

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

第４群（精神・行動障害）

4-1	被害的	□ない	☑ときどきある	□ある	(401)
4-2	作話	□ない	☑ときどきある	□ある	(402)
4-3	感情が不安定	□ない	☑ときどきある	□ある	(403)
4-4	昼夜逆転	□ない	☑ときどきある	□ある	(404)
4-5	同じ話をする	□ない	☑ときどきある	□ある	(405)
4-6	大声をだす	☑ない	□ときどきある	□ある	(406)
4-7	介護に抵抗	☑ない	□ときどきある	□ある	(407)
4-8	落ち着きなし	☑ない	□ときどきある	□ある	(408)
4-9	一人で出たがる	☑ない	□ときどきある	□ある	(409)
4-10	収集癖	☑ない	□ときどきある	□ある	(410)
4-11	物や衣類を壊す	□ない	☑ときどきある	□ある	(411)
4-12	ひどい物忘れ	□ない	☑ときどきある	□ある	(412)
4-13	独り言・独り笑い	□ない	☑ときどきある	□ある	(413)
4-14	自分勝手に行動する	□ない	☑ときどきある	□ある	(414)
4-15	話がまとまらない	□ない	☑ときどきある	□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	☑介助されていない	□一部介助	□全介助		(501)
5-2	金銭の管理	☑介助されていない	□一部介助	□全介助		(502)
5-3	日常の意思決定	□できる	□特別時以外可	□日常的に困難	☑できない	(503)
5-4	集団への不適応	□ない	□ときどきある	□ある		(504)
5-5	買い物	□介助されていない	□見守り等	□一部介助	☑全介助	(505)
5-6	簡単な調理	□介助されていない	□見守り等	□一部介助	☑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	□点滴の管理(601)　☑中心静脈栄養(602)　□透析(603)　☑ストーマの処置(604) □酸素療法(605)　☑レスピレーター(606)　☑気管切開の処置(607) □疼痛の看護(608)　□経管栄養(609)
特別な対応	☑モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）(610)　□じょくそうの処置(611) ☑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)	□自立　☑J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の日常生活自立度(702)	□自立　☑Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□M