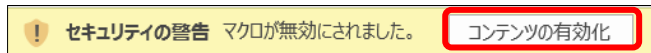
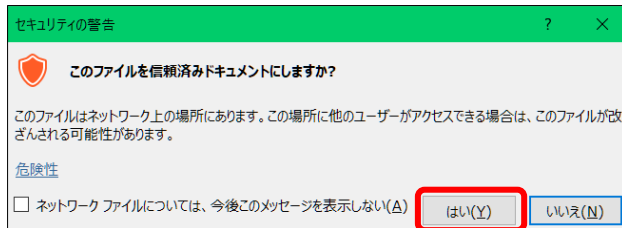


1 開くときの注意点

パソコンによっては、Wordを開くと、上部に黄色のバーで「セキュリティの警告」が開くことがあります。「コンテンツの有効化」をクリックしてください。



その後も以下のメッセージが表示されることがあります。「はい(Y)」をクリックしてください。

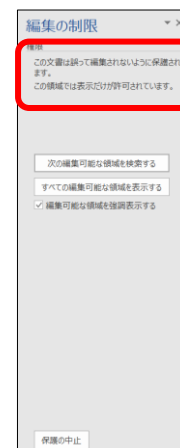
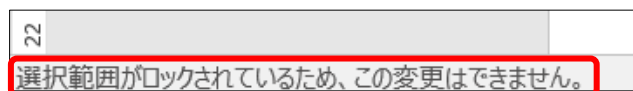


2 入力時の注意点

(1) 入力の制限

作成をしていただく様式を統一するため、入力できる箇所に制限をしています。黄色で表示されている箇所が入力できる箇所です。それ以外の箇所を入力しようとすると下部又は右端に以下が表示されることがあります。改めて入力できる箇所を選択し、入力してください。

右端に表示される「編集の制限」は右上の「×」で閉じていただいて差し支えありません。なお、「編集の制限」の下部にある「保護の中止」はパスワードを設定しているため、実行できません。



(2) 入力箇所

2024/5/1 1234567890

保険者番号 232371 (あま市) 申請日 2024/5/1 被保険者番号 1234567890

概況調査

調査対象者の主訴、症状状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項を記入してください。

口腔アンケート

該当する内容を選択してください。

1 口の中(歯、舌、口蓋)の汚れについて	1-1 きれい 1-2 多少汚れている 1-3 汚れている 1-4 口臭がある 1-5 確認できない
⑥ プルダウンから選択してください	
2 歯ぐきの腫れや出血がありますか	2-1 はい 2-2 はい 2-3 確認できない
⑥ プルダウンから選択してください	
3 義歯について	3-1 問題なく食べられる 3-2 多少ガツツカが食べられる 3-3 あわない
⑥ プルダウンから選択してください	3-4 使用していない 3-5 確認できない
4 うがい(ふくぶくうがい)	4-1 できる 4-2 できない 4-3 確認できない
⑥ プルダウンから選択してください	
5 食生活について	5-1 どんなものでも食べられる 5-2 噛みづらいが不満はない
⑥ プルダウンから選択してください	5-3 噛むことに問題があって食べに 5-4 飲み込むことに問題があって食べに 5-5 食事をしていない(経管栄養等) 5-6 確認できない

特記事項

1 身体機能・起居動作に関する項目

1-1 歩行(有無) 1-2 拘縮(有無) 1-3 寝返り(能力) 1-4 起き上がり(能力) 1-5 座位保持(能力) 1-6 肩足での立位保持(能力) 1-7 歩行(能力) 1-8 立ち上がり(能力) 1-9 片足での立位(能力) 1-10 洗身(有無) 1-11 つめ切り(有無) 1-12 剃り(能力) 1-13 聴力(能力)

⑦

2 生活機能に関する項目

2-1 移動(有無) 2-2 移動(有無) 2-3 入浴(能力) 2-4 食事摂取(有無) 2-5 排泄(有無) 2-6 排泄(有無) 2-7 口腔ケア(有無) 2-8 洗顔(有無) 2-9 髪髪(有無) 2-10 上着の着脱(有無) 2-11 スボン等の着脱(有無) 2-12 外出頻度(有無)

⑦

3 認知機能に関する項目

3-1 意思の伝達(能力) 3-2 毎日の日課を理解(能力) 3-3 生年月日や年齢を言う(能力) 3-4 短期記憶(能力) 3-5 自分の名前を言う(能力) 3-6 今の季節を理解する(能力) 3-7 場所の理解(能力) 3-8 季節(有無) 3-9 外出すると寒くない(有無)

⑦

4 精神・行動障害に関する項目

4-1 被害的(有無) 4-2 作話(有無) 4-3 感情が不安定(有無) 4-4 暴言暴行(有無) 4-5 話し話をする(有無) 4-6 大声をたず(有無) 4-7 介護に抵抗(有無) 4-8 寝も覚まし(有無) 4-9 一人で出かける(有無) 4-10 転倒(有無) 4-11 物や衣服を壊す(有無) 4-12 ひたひたに物に(有無) 4-13 繰り返す・繰り返す(有無) 4-14 自分勝手に行動する(有無) 4-15 話がまとまらない(有無)

⑦

5 社会生活への適応に関する項目

5-1 妻の介護(有無) 5-2 子供の管理(有無) 5-3 日常の意思決定(能力) 5-4 集団への不適応(有無) 5-5 買い物(有無) 5-6 簡単な調理(有無)

⑦

6 過去14日間にうけた特別な医療についてに関する項目

6-1 自費の管理(有無) 6-2 中心静脈栄養(有無) 6-3 透析(有無) 6-4 ストーマ(人工肛門)の処置(有無) 6-5 酸素療法(有無) 6-6 レスビレーター(人工呼吸器)の管理(有無) 6-7 気管切開の処置(有無) 6-8 疼痛の管理(有無) 6-9 経管栄養(有無) 6-10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)(有無) 6-11 じょうろの処置(有無) 6-12 カテーテル(コリドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)(有無)

⑦

7 調査対象者の日常生活自立度に関する項目

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(満たせり度) 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

⑦

項番	表題	説明
①	申請日(ヘッダー)	入力不要。 印刷することで、③に入力した申請日に更新されます。
②	被保険者番号(ヘッダー)	入力不要。 印刷することで、④に入力した被保険者番号に更新されます。
③	申請日	調査依頼書に記載した申請日を入力。 西暦・和暦どちらでも入力可。
④	被保険者番号	調査依頼書に記載した被保険者番号を入力。
⑤	概況調査	調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項を入力。
⑥	口腔アンケート	「プルダウンから選択してください」をクリック後、右側に表示される「▼」をクリックして対象内容を選択。
⑦	特記事項	特記事項を入力。

(3) 入力確認

印刷後、上記の「①申請日(ヘッダー)」、「②被保険者番号(ヘッダー)」が正しく印刷されていることをご確認ください。

また、入力内容をご確認のうえ、ご提出をお願いします。