

介護情報の各様式

介護情報関係の主な様式をお示しする。

No	項目	頁
<要介護認定情報に係る様式>		
1	認定調査票	2
2	主治医意見書	10
3	介護保険被保険者証	12
4	要介護認定申請書	13
<請求・給付情報に係る様式>		
5	給付管理票	14
6	居宅介護支援介護給付費明細書	15
7	介護給付費請求書 等	16
8	介護給付費明細書 等	18
<LIFE 情報に係る様式>		
9	科学的介護推進に関する評価	43
10	興味・関心チェックシート	47
11	生活機能チェックシート	48
12	個別機能訓練計画書	49
13	リハビリテーション計画書	51
14	リハビリテーション会議録	52
15	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	53
16	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	54
17	自立支援促進に関する評価・支援計画書	55
18	薬剤変更等に係る情報提供書	56
19	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング	58
20	口腔機能向上サービスに関する計画書	60
<ケアプランに係る様式>		
21	居宅サービス計画書	61
22	施設サービス計画書	66
<参考>		
	LIFE 関連加算と対応する様式について	72
	LIFE の入力用インターフェース名と概要	73

(別添2)

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。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所属機関	
記入者氏名			

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	非該当・要支援（ ）・要介護 ()
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係	電話	- -

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。

在宅利用 [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]			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設等利用

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 介護医療院 特定施設入居者生活介護適用施設
 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外)
 養護老人ホーム^{※1} 軽費老人ホーム^{※1} 有料老人ホーム^{※1, 2} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先

施設等名 _____ 電話 _____
 郵便番号 _____
 住所 _____

※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）

認定調査票（基本調査）**1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（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 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（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 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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. ほとんど聞えない5. 聞えているのか判断不能 |
|--|

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. できる2. 見守り等3. できない |
|--|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 介助されていない2. 一部介助3. 全介助 |
|--|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 週1回以上 | 2. 月1回以上 | 3. 月1回未満 |
|----------|----------|----------|

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|----------------------|
| 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる |
| 2. ときどき伝達できる |
| 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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 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）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-6 大声を出す事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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ことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(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	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	11. じょくそうの処置		
	12. 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）			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

認定調査票（特記事項）

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

()

()

()

()

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

()

()

()

()

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

()

()

()

()

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

()

()

()

()

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

()

()

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

()

()

()

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

()

()

()

()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()
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等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名			電話 ()	
医療機関名			FAX ()	
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	令和 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			

1. 傷病に関する意見

(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・令和	年 月 日頃)
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(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) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり				
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない				
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない				
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (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)				
<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()				
(4) その他の精神・神経症状				
<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 → 症状名:				
[専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ()科 <input type="checkbox"/> 無]				

(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 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 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス(_____)
特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

血圧 (_____) 摂食 (_____) 嚥下 (_____)
移動 (_____) 運動 (_____) その他 (_____)
特記すべき項目なし

(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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

(表面)

(一)		(二)		(三)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">介護保険被保険者証</div>					
番号		令和 年 月 日		開始年月日 終了年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
住所		令和 年 月 日～令和 年 月 日		開始年月日 終了年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
フリガナ		区分支給限度基準額			
氏名		令和 年 月 日～令和 年 月 日	サービスの種類	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日 令和 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和		種類	介護保険施設等	性別
	令和				名称
交付年月日	令和				種類
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> </div> </div>				入所等年月日	令和 年 月 日
				認定審査会の意見及びサービスの種類	名称
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> </div> </div>				種類	令和 年 月 日
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> </div> </div>				名称	令和 年 月 日

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

〇〇市(町村)長様

次のおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保険	保険者名												保険者番号											
		被保険者証		記号												番号		枝番							
	フリガナ												生年月日		明・大・昭		年		月		日				
	氏名												性別		男		・		女						
	住所		〒										電話番号												
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
					有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																				
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体(市町村)名 []																				
					現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ																				
				「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																					
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
有・無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							

提出 代 行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)																		
	住所	〒										電話番号								

主治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒										電話番号											

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 年 月分）

保険者番号				保険者名			
被保険者番号				被保険者氏名			
				フリガナ			
生年月日		性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・昭 年 月 日		男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額				限度額適用期間			
単位/月				1.平成 2.令和 年 月		~ 令和 年 月	

作成区分							
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成							
居宅介護/介護予防 支援事業所番号							
担当介護支援専門員番号							
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名							
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先							
委託 した 場合	委託先の支援事業所番号						
	介護支援専門員番号						

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業								
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)				指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
合計								

居宅介護支援介護給付費明細書

令和		年		月分
----	--	---	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号												所在地	〒																				
	事業所 名称											連絡先		電話番号																				
																							単位数単価											(円/単位)

項番	被保険者	被保険者番号											(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女						
		公費受給者番号											氏名																		
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5					認定 有効期間					1. 平成 2. 令和		年		月		日	から
		担当介護支援 専門員番号											サービス計画 作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和					年					月		日	まで				
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		摘要		サービス単位数合計																		
													請求額合計																		
													/																		

項番	被保険者	被保険者番号											(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女						
		公費受給者番号											氏名																		
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5					認定 有効期間					1. 平成 2. 令和		年		月		日	から
		担当介護支援 専門員番号											サービス計画 作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和					年					月		日	まで				
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		摘要		サービス単位数合計																		
													請求額合計																		
													/																		

様式第一（附則第二条関係）

令和		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記） 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒									
連絡先											

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計											

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37 条の 2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

様式第一の二 (附則第二条関係)

令和		年		月分
----	--	---	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業所番号										
請求事業所	名 称									
	所在地	〒								
連絡先										

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費請求額	公費請求額	利用者負担
訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

公費請求

区 分	サービス費用			
	件数	単位数	費用合計	公費請求額
12 生 保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費				
生 保 介護予防ケアマネジメント費				
81 被爆者助成				
58 障害者・支援措置 (全額免除)				
25 中国残留邦人等				
合 計				

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号		令和		年		月		分
公費受給者番号		保険者番号						
被保険者	被保険者番号							
	(7桁) 氏名							
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5						
	認定有効期間	1.平成		年		月		日
	2.令和		年		月		日	まで
請求事業者	事業所番号							
	事業所名称							
	所在地	〒			-			
	連絡先	電話番号						

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成
	事業所番号	事業所名称

開始年月日	1.平成		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

給付費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称									
	③サービス実日数		日		日		日		日	
	④計画単位数									
	⑤限度額管理対象単位数									
	⑥限度額管理対象外単位数									給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥									保険
	⑧公費分単位数									公費
	⑨単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩保険請求額									
	⑪利用者負担額									
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用))

公費負担者番号		令和		年		月分				
公費受給者番号		保険者番号								
被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男 2. 女				
	要支援状態区分	要支援 1・要支援 2								
認定有効期間	1. 平成	年	月	日	から					
	2. 令和	年	月	日	まで					
請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒 -								
	連絡先	電話番号								
介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成			3. 介護予防支援事業者作成						
	事業所番号				事業所名称					
開始年月日	1. 平成	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日	
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所									
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要		
給付費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要	
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称									
	③サービス実日数		日		日		日			
	④計画単位数									
	⑤限度額管理対象単位数									
	⑥限度額管理対象外単位数								給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥								保険	
	⑧公費分単位数								公費	
	⑨単位数単価			円/単位		円/単位		円/単位	合計	
	⑩保険請求額									
	⑪利用者負担額									
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)		軽減額 (円)		軽減後利用者負担額 (円)	

様式第二の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号											
	(フリガナ)											
	氏名											
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女					
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2										
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から				
	2. 令和		年		月		日	まで				
請求事業者	事業所番号											
	事業所名称											
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号										

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成											
	事業所番号							事業所名称				

開始年月日	1. 平成		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日
-------	-------	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要		

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称										
	③サービス実日数		日		日		日		日		
	④計画単位数										
	⑤限度額管理対象単位数										
	⑥限度額管理対象外単位数									給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥									事業	
	⑧公費分単位数									公費	
	⑨単位数単価		▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計
	⑩事業費請求額										
	⑪利用者負担額										
	⑫公費請求額										
	⑬公費分本人負担										

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		▲	%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

令和		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号								
	(フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1. 男 2. 女			
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5							
認定有効期間	1.平成		年		月		日	から	
	2.令和		年		月		日	まで	

請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒						-		
	連絡先	電話番号								

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成								
	事業所番号								
	事業所名称								

入所年月日	1.平成		年		月		日
退所年月日	2.令和		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額 (円)		
	⑧利用者負担額 (円)		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
		合計									
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者 負担額 (円)	備考
	21	短期入所生活介護					

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和			年			月			分
保険者番号									

被保険者	被保険者番号																				
	(フリガナ)																				
	氏名																				
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性別	1. 男 2. 女									
		年	月	日	年	月	日	年	月	日											
要支援状態区分	要支援 1・要支援 2																				
認定有効期間	1. 平成		2. 令和		年	月	日	から	令和		年	月	日	まで							

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			

入所年月日	1. 平成		2. 令和		年	月	日
退所年月日	令和				年	月	日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
								保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	24	介護予防短期入所生活介護						

様式第四 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から			
	2. 令和		年		月		日	まで			
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒			-						
	連絡先	電話番号									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成					
	事業所番号						
	事業所名称						
入所年月日	1. 平成		年		月		日
退所年月日	2. 令和		年		月		日
短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	①			緊急時治療開始年月日	① 令和		年		月		日	
		②				② 令和		年		月		日	
		③				③ 令和		年		月		日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日									
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要									
		処置	点										
手術		点											
麻酔		点											
放射線治療		点											
	合計	点											
往診日数	医療機関名			通院日数	医療機関名								

特別療養費	傷病名										
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
	合計										

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

特定入所者 介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)	公費分請求額	公費分本人負担月額	

様式第四の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)															
	氏名															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女									
	要支援状態区分	要支援1・要支援2														
	認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から	2. 令和		年		月		日
請求事業者	事業所番号															
	事業所名称															
	所在地	〒			-											
連絡先	電話番号															

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
	事業所番号													
	事業所名称													
入所年月日	1. 平成		年		月		日	2. 令和		年		月		日
退所年月日	令和		年		月		日	短期入所 実日数						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③					緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和		年		月		日
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日							
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要									
		処置		点										
		手術		点										
		麻酔		点										
放射線治療		点												
合計		点												
往診日数		医療機関名					通院日数		医療機関名					

特別療養費	傷病名										
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
	合計										

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費	
	①計画単位数					
	②限度額管理対象単位数					
	③限度額管理対象外単位数					
	④給付点数・単位数					
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
	⑥給付率		/100	/100	/100	/100
	⑦請求額(円)					
	⑧利用者負担額(円)					

特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

様式第四の三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護医療院における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和		年		月		分													
公費受給者番号										保険者番号																			
被保険者	被保険者番号 (7桁)										事業所番号																		
	氏名																事業所名称												
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和		性別		1. 男 2. 女		所在地 〒																				
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																										
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和		から		令和		まで		連絡先 電話番号																		
居宅サービス計画										1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成		入所年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日									
										事業所番号		令和		年		月		日											
										事業所名称		短期入所 実日数																	
基本摘要										内容																			
サービス内容										サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要							
合計																													
緊急時傷病名										① ② ③		緊急時治療 開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年		年		月		日							
緊急時治療管理(再掲)										単位		単位×		日		摘要													
特定治療										リハビリテーション		点		摘要															
										処置		点																	
										手術		点																	
										麻酔		点																	
										放射線治療		点																	
合計										点																			
往診日数										医療機関名		通院日数		医療機関名															
特別診療費										傷病名		識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要			
合計																													
請求額集計欄										区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別診療費		公費分特定治療・特別診療費											
①計画単位数																													
②限度額管理対象単位数																													
③限度額管理対象外単位数																													
④給付点数・単位数																													
⑤点数・単位数単価										円/単位				10円/点・単位		10円/点・単位													
⑥給付率										/100		/100		/100		/100													
⑦請求額(円)																													
⑧利用者負担額(円)																													
特定入所者 介護サービス費										サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額	
合計																													
																保険分 請求額(円)		公費分 請求額				公費分本人負担月額							

様式第四の四 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和		年		月分								
公費受給者番号										保険者番号												
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										事業所番号 事業所名称											
	氏名																					
	生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女										所在地 〒 -											
	要支援状態区分 要支援1・要支援2																					
	認定有効期間 1. 平成 2. 令和 令和 から まで										連絡先 電話番号											
介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										入所年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日			
	事業所番号										退所年月日		令和		年		月		日			
	事業所名称										短期入所 実日数											
基本摘要		摘要種類		内容																		
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 回数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要							
合計																						
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日		緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年		月		日	
	特定治療		リハビリテーション		点		摘要															
			処置		点																	
			手術		点																	
			麻酔		点																	
			放射線治療		点																	
		合計		点																		
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名																
特別診療費	傷病名																					
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要							
合計																						
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別診療費				公費分特定治療・特別診療費							
	①計画単位数																					
	②限度額管理対象単位数																					
	③限度額管理対象外単位数																					
	④給付点数・単位数																					
	⑤点数・単位数単価		円/単位				10円/点・単位				10円/点・単位											
	⑥給付率		/100				/100				/100				/100							
	⑦請求額(円)																					
	⑧利用者負担額(円)																					
特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額			
合計										保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額								
枚中 枚目																						

様式第五 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和			年			月分
公費受給者番号										保険者番号						

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1. 男 2. 女											
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5															
認定有効期間	1. 平成																から
	2. 令和																まで
請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒															
	連絡先	電話番号															

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																						
	事業所番号																						
	事業所名称																						
入所年月日	1. 平成																年			月			日
退所年月日	2. 令和																年			月			日
短期入所 実日数																							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

特定診療費	傷病名											
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要				
	合計											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/単位
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額 (円)				
	⑧利用者負担額 (円)				

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額	

様式第五の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
 （病院・診療所における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援 1・要支援 2
認定有効期間	1. 平成 2. 令和 から 令和 まで	

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成
	事業所番号
	事業所名称

入所年月日	1. 平成 2. 令和	年		月		日
退所年月日	令和	年		月		日
短期入所 実日数						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

特定診療費	傷病名								
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）					

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
		合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額	

様式第六 (附則第二条関係)

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5
認定有効期間	1. 平成 2. 令和	年 月 日 から
	令和	年 月 日 まで
請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

入居年月日	1. 平成 2. 令和	年 月 日	退居年月日	令和	年 月 日	入居実日数	外泊日数
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院						
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額 (円)		
	⑤利用者負担額 (円)		

枚中 枚目

様式第六の二 (附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)															
	氏名															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女									
	要支援状態区分	要支援 2														
	認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から	2. 令和		年		月		日
請求事業者	事業所番号															
	事業所名称															
	所在地	〒				-										
	連絡先	電話番号														

入居年月日	1. 平成		年		月		日	退居年月日	令和		年		月		日	入居実日数	外泊日数
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
合計									

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額 (円)		
⑤利用者負担額 (円)			

枚中	枚目
----	----

様式第六の三 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 (特定施設入居者生活介護 (短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護 (短期利用以外))

公費負担者番号		令和		年		月		分
公費受給者番号		保険者番号						

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	1.平成		年		月		日	から			
	2.令和		年		月		日	まで			

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

入居年月日	1.平成		年		月		日	退居年月日	令和		年		月		日	入居実日数		外泊日数	
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																		
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

	区分	保険分	公費分
請求額集計欄	①外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③外部利用型外給付単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価		円/単位
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額 (円)		
	⑧利用者負担額 (円)		

様式第六の四 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
認定有効期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

入居年月日	1. 平成 2. 令和	年 月 日	退居年月日	令和	年 月 日	入居実日数	外泊日数
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院						
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

区分	保険分	公費分
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③外部利用型外給付単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額 (円)		
⑧利用者負担額 (円)		

枚中 枚目

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号															
	(7桁)															
	氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女									
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5														
認定有効期間	1.平成		年		月		日	から	2.令和		年		月		日	まで

請求事業者	事業所番号															
	事業所名称															
	所在地	〒														
	連絡先	電話番号														

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成										
	事業所番号										
	事業所名称										

入居年月日	1.平成		年		月		日
退居年月日	2.令和		年		月		日
短期利用 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

枚中 枚目

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号															
	(7桁)															
	氏名															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男 2. 女										
	要支援状態区分	要支援 2														
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から	2. 令和		年		月		日	まで

請求事業者	事業所番号															
	事業所名称															
	所在地	〒														
	連絡先	電話番号														

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										
	事業所番号										
	事業所名称										

入居年月日	1. 平成		年		月		日
退居年月日	2. 令和		年		月		日
短期利用 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）			

枚中 枚目

様式第六の七（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 （特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用））

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から			
	2. 令和		年		月		日	まで			
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒						－			
	連絡先	電話番号									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成					
	事業所番号						
	事業所名称						
入居年月日	1. 平成		年		月		日
退居年月日	2. 令和		年		月		日
短期利用 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価		円/単位
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

枚中 枚目

居宅介護支援介護給付費明細書

令和		年		月分	
----	--	---	--	----	--

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護支援事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>									
	連絡先	電話番号 <input type="text"/>									
	単位数単価	(円/単位)									

項番	被保険者	被保険者番号					(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女			
		公費受給者番号					氏名															
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						要介護状態区分	1. 平成 2. 令和			認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年			月		日	から
		担当介護支援専門員番号						サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和			年		月		日	まで					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数	回数	サービス単位数			摘要			サービス単位数合計							
																請求額合計						
																/						

項番	被保険者	被保険者番号					(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女			
		公費受給者番号					氏名															
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						要介護状態区分	1. 平成 2. 令和			認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年			月		日	から
		担当介護支援専門員番号						サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和			年		月		日	まで					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数	回数	サービス単位数			摘要			サービス単位数合計							
																請求額合計						
																/						

介護予防支援介護給付費明細書

令和			年				月分
----	--	--	---	--	--	--	----

公費負担者番号						
---------	--	--	--	--	--	--

保険者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号				所在地						
	事業所 名称										
	連絡先	電話番号									
	単位数単価	(円/単位)									

項番	被 保 険 者	被保険者番号				(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号				氏名													
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和					要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成			年			月		

担当介護支援 専門員番号					サービス計画 作成依頼 届出年月日	1. 平成			年			月			日	/
					2. 令和			年			月			日	まで	

項番	給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
									請求額合計

項番	被 保 険 者	被保険者番号				(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号				氏名													
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和					要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成			年			月		

担当介護支援 専門員番号					サービス計画 作成依頼 届出年月日	1. 平成			年			月			日	/
					2. 令和			年			月			日	まで	

項番	給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
									請求額合計

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号										
公費受給者番号										

令和		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ) 氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女					
	要支援状態区分	事業対象者・要支援 1・要支援 2									
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年	月	日	から				

請求事業者	事業所番号											
	事業所名称											
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号										

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額 (円)		

枚中 枚目

様式第八 (附則第二条関係)

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5			旧措置入所者特例	1. 無	2. 有				
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から			
	令和		年		月		日	まで			
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒			-						
	連絡先	電話番号									

入所年月日	1. 平成		年		月		日	退所年月日	令和		年		月		日	入所実日数		外泊日数	
入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																		
退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円/単位	
③給付率	/100	/100
④請求額(円)		
⑤利用者負担額(円)		

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	51	介護福祉施設サービス				
54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

公費負担者番号		令和		年		月	
公費受給者番号		保険者番号					

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男 2.女						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5								
認定有効期間	1.平成 2.令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒			-					
	連絡先	電話番号								

入所年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	退所年月日	令和	年	月	日	入所実日数		外泊日数	
主傷病					入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院							
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所												

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③	所定疾患施設療養開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年	月	日
		単位(再掲)	単位	単位×		日		
	緊急時治療管理	傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年	月	日
		単位(再掲)	単位	単位×		日		
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要				
	処置	点						
	手術	点						
	麻酔	点						
	放射線治療	点						
	合計	点						
往診日数	医療機関名		通院日数	医療機関名				

特別療養費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

様式第九の二 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護医療院サービス)

公費負担者番号												令和			年		月			分													
公費受給者番号												保険者番号																					
被保険者	被保険者番号											事業所番号																					
	(フリガナ) 氏名																	事業所名称															
	生年月日											所在地																					
	要介護状態区分																	連絡先															
	認定有効期間											電話番号																					
入所年月日												1.平成		年		月		日		退所年月日		令和		年		月		日		入所実日数		外泊日数	
主傷病												入所前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																			
退所後の状況												1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																					
基本摘要	摘要種類											内容																					
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要																		
					合計																												
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年		年		月		月		日		日														
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日																										
	特定治療	リハビリテーション		点		概要																											
		処置		点																													
		手術		点																													
		放射線治療		点																													
合計		点																															
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名																											
特別診療費	傷病名																																
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要																		
					合計																												
請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別診療費		公費分特定治療・特別診療費																								
	①点数・単位数合計																																
	②点数・単位数単価		円/単位				10円/点・単位		10円/点・単位																								
	③給付率		/100		/100		/100		/100																								
	④請求額(円)																																
⑤利用者負担額(円)																																	
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額														
					合計																												
											保険分請求額(円)		公費分請求額						公費分本人負担月額														
												枚中		枚目																			

様式第十 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

公費負担者番号		令和		年		月分													
公費受給者番号		保険者番号																	
被保険者	被保険者番号																		
	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男 2. 女													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																	
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から											
	2. 令和		年		月		日	まで											
請求事業者	事業所番号																		
	事業所名称																		
	所在地	〒		-															
	連絡先	電話番号																	
入院年月日	1. 平成		年		月		日	退院年月日	令和		年		月		日	入院実日数		外泊日数	
主傷病											入院前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院							
退院後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																		

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①単位数合計				
②単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿

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

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕
	服薬情報〔任意項目〕 1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) 2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) ・ ・ ・
	〔任意項目〕 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他
	ADL 自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	在宅復帰の有無等〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中 <input type="checkbox"/> 中止 (中止日：) <input type="checkbox"/> 居宅 (※) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養	身長 (cm) 体重 (kg) 褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態 ・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日： 年 月 日) (発症日： 年 月 日)

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症の診断																																																																																											
□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他())																																																																																											
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																																																																										
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・ 日常的な物事に関心を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">〔以下、任意項目〕</td> </tr> <tr> <td>・ 同じ事を何度も何度も聞く</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 昼間、寝てばかりいる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 口汚くののしる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 世話をされるのを拒否する</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 物を貯め込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある	・ 日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〔以下、任意項目〕						・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある																																																																																					
	・ 日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	〔以下、任意項目〕																																																																																										
	・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
Vitality Index																																																																																											
・ 意思疎通 □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない																																																																																											
〔以下、任意項目〕																																																																																											
・ 起床 □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない																																																																																											
・ 食事 □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない																																																																																											
・ 排せつ □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない																																																																																											
・ リハビリ・活動 □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心																																																																																											

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿

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

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕		
	服薬情報〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕		
	1. 薬剤名（ ）（ /日）（処方期間 年 月 日～ 年 月 日）		
	2. 薬剤名（ ）（ /日）（処方期間 年 月 日～ 年 月 日）		
	・		
〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕			
同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他）（複数選択可）			
家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10←（監視下）	
	（座れるが移れない）→		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10←（歩行器等）	
	（車椅子操作が可能）→		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
在宅復帰の有無等〔任意項目〕			
<input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中			
<input type="checkbox"/> 中止（中止日： ）			
<input type="checkbox"/> 居宅（※） <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所			
<input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他			

※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

口腔・栄養	身長（ cm）	体重（ kg）	低栄養状態のリスクレベル <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	栄養補給法		
	・栄養補給法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法		
	・経口摂取 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 一部		
	・嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j）		
	・とろみ <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		
	食事摂取量 全体（ %）	主食（ %）	副食（ %）
	必要栄養量 エネルギー（ kcal）たんぱく質（ g）	提供栄養量 エネルギー（ kcal）たんぱく質（ g）	
	血清アルブミン値 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ g/dl）	褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
口腔の健康状態			
・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・歯が少ないのに入れ歯を使っていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
誤嚥性肺炎の発症・既往（※） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（発症日： 年 月 日）（発症日： 年 月 日）			

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症	認知症の診断 □なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他())					
	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)					
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
	・ 日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	〔以下、任意項目〕					
	・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vitality Index						
・ 意思疎通	□自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない					
〔以下、任意項目〕						
・ 起床	□いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない					
・ 食事	□自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとしらない					
・ 排せつ	□いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない					
・ リハビリ・活動	□自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心					

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

興味・関心チェックシート

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・麻雀・ゲーム等			
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・グラウンドゴルフ・ 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・相撲等観戦			
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)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日 ()	:	～ :	要介護度
評価スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I ADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名		性別 大正 / 昭和 年 月 日生 (歳)		要介護度 計画作成者： 職種：	
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		

I 利用者の基本情報 ※別紙様式 3 - 1・別紙様式 3 - 2 を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後 3 ヶ月） （機能）	目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標 （機能）	目標達成度（達成・一部・未達）
（活動）		（活動）	
（参加）		（参加）	

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①		週 回	分	
②		週 回	分	
③		週 回	分	
④		週 回	分	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者：
--	-----------------------------

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> ・離床 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり() 時間 ・座位保持 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり() 時間 (内訳) ベッド上() 時間 車椅子() 時間 普通の椅子() 時間 その他() 時間 ・立ち上がり <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり() 回 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外(普通の椅子) <input type="checkbox"/>居室外(車椅子) <input type="checkbox"/>ベッドサイド <input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他 食事時間や嗜好への対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽 <input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭 1週間あたり() 回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望の確認 1月あたり() 回 ・外出 1週間あたり() 回 ・居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 1日あたり() 時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり() 回 ・職員の居室訪問 1日あたり() 回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり() 回 ・着替えの回数 1週間当たり() 回 ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ専門職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間 ・看護・介護職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間 ・その他職種 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「している ADL 動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日
説明者氏名

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 / 訪問 通所 計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 様 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護
リハビリテーション担当医 _____ 担当 _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者(_____))

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等) _____
■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____

■健康状態、経過
原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 月 日 直近の入院日: _____ 年 月 日 直近の退院日: _____ 年 月
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失聴・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子(※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

課題	状況
家族 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()
福祉用具等 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)
自宅周辺 <input type="checkbox"/>	
社会参加 <input type="checkbox"/>	
交通機関の利用 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用 <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	

■リハビリテーションの目標
(長期) _____
(短期(今後3ヶ月間)) _____
■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等) _____

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座れるが移れない→	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
車椅子操作が可能→	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動(内容および頻度)	
社会地域活動(内容および頻度)	
リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間) _____
■リハビリテーション終了の目安・時期 _____

利用者・ご家族への説明: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____
特記事項: _____

リハビリテーション会議録 (訪問・通所リハビリテーション)

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者				
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族構成員不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> サービス担当者	()
	<input type="checkbox"/> サービス担当者		<input type="checkbox"/> サービス担当者	()
	<input type="checkbox"/> サービス担当者		<input type="checkbox"/> サービス担当者	()
次の開催予定と検討事項				

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 殿 男 女 記入担当者名

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 令和 年 月 日
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処		
	ADL の状況	入浴		自分でやっている	自分でやっていない				「自分でやっていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し 実施する。
		食事摂取		自分でやっている	自分でやっていない	対象外 (※1)			
			更衣	上衣	自分でやっている	自分でやっていない			
			下衣	自分でやっている	自分でやっていない				
	基本動作	寝返り		自分でやっている	自分でやっていない				
		座位の保持		自分でやっている	自分でやっていない				
		座位での乗り移り		自分でやっている	自分でやっていない				
		立位の保持		自分でやっている	自分でやっていない				
	排せつの状況	尿失禁		なし	あり	対象外 (※2)			
便失禁			なし	あり	対象外 (※3)				
バルーンカテーテルの使用			なし	あり					
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし	あり						

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0：皮膚損傷・発赤なし d 1：持続する発赤 d 2：真皮までの損傷	D 3：皮下組織までの損傷 D 4：皮下組織を越える損傷 D 5：関節腔、体腔に至る損傷 DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e 0：なし e 1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない e 3：中等量：1日1回のドレッシング交換を要する	E 6：多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0：皮膚損傷なし s 3：4未満 s 6：4以上 16未満 s 8：16以上 36未満 s 9：36以上 64未満 s 12：64以上 100未満	S 15：100以上
	炎症/感染	i 0：局所の炎症徴候なし i 1：局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 3C：臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3：局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9：全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G 4：良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5：良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0：壊死組織なし	N 3：柔らかい壊死組織あり N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p 0：ポケットなし	P 6：4未満 P 9：4以上16未満 P 12：16以上36未満 P 24：36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、 車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		
その他			

説明日 令和 年 月 日
 説明者氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 殿 男 女

記入者名
 医師名
 看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30 年 4 月改訂)」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性	あり	なし
------------------	----	----

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日
 説明者氏名

自立支援促進に関する評価・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 性別 男 女 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日

医師名
介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(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・令和	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容 [前回より変化のあった事項について記入]			
(3) 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) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
(4) 基本動作		(5) ADL*	
<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ・起き上がり <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ・座位の保持 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ・立ち上がり <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ・立位の保持 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>10← (監視下) (座るが移れない) → <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・整容 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・入浴 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・更衣 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0 		
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果 <input type="checkbox"/> 期待できる (期待できる項目: <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明 ・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・機能訓練の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画 <input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組 <input type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組 <input type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組			
(8) 医学的観点からの留意事項 ・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 ()			

(※ 利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。)

薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患 者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	

傷病名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>

<変更・減薬・減量があった場合>

変更・減薬・減量薬剤名 1	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・減量理由	1 有害事象の発現 2 有害事象の発現リスク 3 非薬物的対応 4 肝機能・腎機能 5 同系統薬の重複投与 6 後発医薬品への切り替え 7 配合剤への切り替え 8 服薬アドヒアランスの低下 9 症状改善 10 その他（ ）
変更・減薬・減量後の状態・関連情報等	

変更・減薬・減量薬剤名 2	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・減量理由	1 有害事象の発現 2 有害事象の発現リスク 3 非薬物的対応 4 肝機能・腎機能 5 同系統薬の重複投与 6 後発医薬品への切り替え 7 配合剤への切り替え 8 服薬アドヒアランスの低下 9 症状改善 10 その他（ ）
変更・減薬・減量後の状態・関連情報等	

<追加処方があった場合>

追加処方 薬剤名 1	
処方経緯等	

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者						作成年月日	年 月 日
家族の意向				食事の準備状況 (買い物、食事の支援、地域特性等)		家族構成とキーパーソン (支援者)	本人

(以下は、入所 (入院) 者個々の状態に応じて作成。)

実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他				
栄養補給の状態				
食事摂取量 (割合)	%	%	%	%
主食の摂取量 (割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他 (補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態 (コード)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
嚥 (嚥部) のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
消化器関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
水分関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
代謝関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
心理・精神・認知症関係	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
医薬品				
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持
サービス継続の必要性 (注) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類 (4、3、2-2、2-1、1)、0t、0)
- ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値 (検査値がわかる場合に記入) 等) により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.0g/dl 以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

Header information table including fields for name, gender, date of birth, and family composition.

(以下は、入所(入居)者本人の状態に応じて作成。)

Main assessment table with columns for four time periods and rows for various metrics like BMI, blood albumin, and eating habits.

Table for recording specific observations and interventions, including checkboxes for various symptoms and professional involvement.

※経口維持加算(Ⅱ)を判定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウん¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
★フルダウん² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、Ot、Oj)
★フルダウん³ 1より2まあよい3ふつう4あまりよくない5よくない
★フルダウん⁴ 1大いにある2ややある3ふつう4ややない5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査種がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 （ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者：
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	----- ----- -----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
総合的な援助の方針	----- ----- ----- -----
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

居宅サービス計画書 (2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容				期間	
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2		頻度

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								

週単位以外のサービスの	
-------------	--

第6表

認定済・申請中

年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号		保険者名	居宅介護支援事業者当	作成年月日	年 月 日
被保険者番号		フリガナ 保険者氏名	居宅介護支援事業者名	届出年月日	年 月 日
生 月 日	明・大・昭 年 月 日	性別	区分 限度基準額	限度額 適用期間	年 月 日 前月までの 短期入 所利用日 数

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス 内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			曜日																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		サービス単位/金額	回数	給付管理単位数	種類支給限度基準を超過する単位数	区分支給限度基準を超過する単位数	区分支給限度基準内単位数	区分支給限度基準内単位数	実用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
合計																			

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超過する単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超過する単位数
合計							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

施設サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

施設サービス計画作成者氏名

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地

施設サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回施設サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
統合的な援助の方針	

施設サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容				
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日
 利用者名 殿 年 月分より

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
深夜								
6:00								
早朝								
8:00								
午前								
10:00								
12:00								
午後								
14:00								
16:00								
18:00								
夜間								
20:00								
22:00								
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可

日課計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

利用者名	共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動
深夜					食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清掃介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補修介助 体位変換
早朝					
午前					
午前					
午後					
夜間					
深夜					
2:00					
4:00					
随時実施する					
サービス					

その他のサービス

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

施設サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

施設介護支援経過

利用者名 _____ 殿 施設サービスマス計画作成者氏名 _____

年月日	内 容	年月日	内 容

LIFE関連加算と対応する様式について

LIFE関連加算と対応する様式は以下の通りである。

加算名称	対応する様式 (案)	LIFEへのデータ登録 (加算算定に必要)
科学的介護推進体制加算 (I) (II) 科学的介護推進体制加算	科学的介護推進に関する評価 ※施設・事業所が加算において様式の作成を求めるものではなく、LIFEへの登録項目を示すためのイメージとしての様式	○
個別機能訓練加算 (II)	別紙様式1：興味・関心チェックシート 別紙様式2：生活機能チェックシート 別紙様式3：個別機能訓練計画書	任意 ○ ○
ADL維持等加算	特定の様式はなし ※施設・事業所は、利用者のADLデータをLIFEへ登録 ※LIFEでは、登録されたデータをもとに算定要件を満たしているかを判定し、結果を表示する予定	○
リハビリテーションマネジメント加算 (A) (B) (C) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	別紙様式1：興味・関心チェックシート 別紙様式2：リハビリテーション計画書 別紙様式3：リハビリテーション会議録 別紙様式4：リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票 別紙様式5：生活行為向上リハビリテーション実施計画書	任意 ○ 任意 任意 任意
褥瘡マネジメント加算 (I) (II) 褥瘡対策管理指導 (II)	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	○
排せつ支援加算 (I) (II) (III) 自立支援促進加算	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 自立支援促進に関する評価・支援計画書	○ ○
かかりつけ医連携薬剤調整加算 薬剤管理指導	薬剤変更等に係る情報提供書	○
栄養マネジメント強化加算	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設)	○
栄養アセスメント加算	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅)	○
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)	○
口腔機能向上加算	口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例)	○

LIFEの入力用インターフェース名と概要

第7回匿名介護情報等の提供に関する
専門委員会 参考資料1（一部改）

令和4年3月23日

LIFEには以下の入力用インターフェースがあり、その概要は以下の通りである。

No.	インターフェース名	概要
1	利用者情報	利用者の個人属性、利用しているサービスの情報等
2	科学的介護推進情報	アセスメント結果等
3	科学的介護推進情報(既往歴情報)	既往歴情報(ICD10コードまたは傷病名コード)等
4	科学的介護推進情報(服薬情報)	薬品コード等
5	栄養・摂食嚥下情報	身長、体重、栄養に関する情報等
6	栄養ケア計画等情報	栄養ケア・経口移行・経口維持計画の分類等
7	口腔衛生管理情報	口腔の状態、口腔衛生管理の実施内容等
8	口腔機能向上サービス管理情報	口腔機能改善管理計画の目標、実施記録
9	興味関心チェック情報	興味関心の該当有無等
10	生活機能チェック情報	ADL、IADL、起居動作のレベル等
11	個別機能訓練計画情報	ICD10コード若しくは傷病名コード、個別機能訓練の項目等
12	リハビリテーション計画書(医療介護共通部分)	原因疾病(ICD10コード若しくは傷病名コード)等
13	リハビリテーション計画書(介護)	環境因子、社会参加の状況、リハビリテーションサービス等
14	リハビリテーション会議録(様式3'情報)	開催日、開催時間、終了時間、参加者の職種等
15	リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票(様式4'情報)	プロセス管理の情報等
16	生活行為向上リハビリテーション実施計画書(様式5'情報)	通所訓練期の通所頻度、社会適応訓練期の通所頻度等
17	褥瘡マネジメント情報	褥瘡発生日、褥瘡部位、褥瘡状態の評価等
18	排せつ支援情報	排尿・排便の状態等
19	自立支援促進情報	支援計画の有無、座位保持_1日あたり(時間)等
20	薬剤変更情報	薬品コード、ステータス(追加、薬剤変更、規格変更)等
21	薬剤変更情報(既往歴情報)	ICD10コード若しくは傷病名コード等
22	ADL維持等情報	ADL評価日、ADLに関する情報等
23	その他情報	様々なアセスメント方式の評価結果、HDS-R、FIM等