

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者6	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年
------	---

要介護度

1 要支援 1

3 要介護 1

5 要介護 3

7 要介護 5

2 要支援 2

4 要介護 2

6 要介護 4

8 他(自費等)

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満

02 身体中心 20分以上30分未満

03 身体中心 30分以上1時間未満

04 身体中心 1時間以上1時間30分未満

05 身体中心 1時間30分以上2時間未満

06 身体中心 2時間以上

07 生活援助 45分未満

08 生活援助 45分以上

09 通院等乗降介助

10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助

08 更衣介助

15 掃除

02 食事介助

09 体位変換

16 洗濯

03 清拭

10 移乗・移動介助

17 一般的な調理・配膳

04 部分浴

11 通院・外出介助

18 買い物・薬の受け取り

05 全身浴

12 起床・就寝介助

19 その他の生活援助

06 洗面等

13 自立支援のため

20 通院等乗降介助

07 身体整容

見守りの援助

14 その他の身体介護