

장기요양인정조사표

1. 일반사항

① 구분	<input type="checkbox"/> 장기요양인정신청 <input type="checkbox"/> 갱신신청 <input type="checkbox"/> 등급변경신청 <input type="checkbox"/> 이의신청			
② 조사원	성명		소속(지사)	
	조사장소		조사일시	
③ 신청인 (본인)	성명		주민등록번호	
	전화번호		도서·벽지 대상자	<input type="checkbox"/> 도서지역 <input type="checkbox"/> 벽지지역
	주민등록지			
	실제거주지			
	장기요양등급		유효기간	
④ 참석인	성명		신청인과의 관계	전화번호
⑤ 주거상태	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 노인요양시설 <input type="checkbox"/> 노인전문요양시설 <input type="checkbox"/> 노인요양공동생활가정 <input type="checkbox"/> 단기보호시설 <input type="checkbox"/> 양로시설 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 기타(                    )			
⑥ 동거인	현재 신청인과 동거하는 자에 대해 복수체크 가능			
	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 부부 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀(며느리, 사위 포함) <input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구·이웃 <input type="checkbox"/> 입소시설관계자 <input type="checkbox"/> 기타(                    )			
⑦ 현재 받고 있는 급여 (과거 3개월간 평균 횟수· 일수 기재)	재가급여	<input type="checkbox"/> 방문요양( 회/월) <input type="checkbox"/> 방문목욕( 회/월) <input type="checkbox"/> 방문간호( 회/월) <input type="checkbox"/> 주·야간보호( 일/월) <input type="checkbox"/> 단기보호( 일/월) <input type="checkbox"/> 복지용구(구입·대여)		
	시설급여	<input type="checkbox"/> 노인요양시설 <input type="checkbox"/> 노인전문요양시설 <input type="checkbox"/> 노인요양공동생활가정		
	특별현금급여	<input type="checkbox"/> 가족요양비 <input type="checkbox"/> 특례요양비 <input type="checkbox"/> 요양병원간병비		
	그 밖의 서비스	<input type="checkbox"/> 노인돌보미 <input type="checkbox"/> 가사간병도우미 <input type="checkbox"/> 보건소사업(                    ) <input type="checkbox"/> 개인 간병인 <input type="checkbox"/> 독거노인생활관리사 <input type="checkbox"/> 기타(                    )		
⑧ 희망급여 종류	현재 신청인이 희망하는 급여에 대해 복수체크 가능			
	재가급여	<input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문목욕 <input type="checkbox"/> 방문간호 <input type="checkbox"/> 주·야간보호 <input type="checkbox"/> 단기보호 <input type="checkbox"/> 복지용구(구입·대여)		
	시설급여	<input type="checkbox"/> 노인요양시설 <input type="checkbox"/> 노인전문요양시설 <input type="checkbox"/> 노인요양공동생활가정		
	특별현금급여	<input type="checkbox"/> 가족요양비 <input type="checkbox"/> 특례요양비 <input type="checkbox"/> 요양병원간병비		
1순위 희망급여종류				
⑨ 등록장애	※장애의 종류 및 등급기재			
<참고사항>				

2. 장기요양인정 · 욕구사항

- 신청인의 기능상태 등에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 √표 체크
- 각 항목 아래의 빈칸에 특기사항을 기재

가. 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역

1) 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도와 도움이 필요한 이유(장애의 원인)에 √표로 표시함.

항목	기능자립정도			장애의 원인	
	완전 자립	부분 도움	완전 도움	신체	인지·행동변화 등
① 옷 벗고 입기					
② 세수하기					
③ 양치질하기					
④ 목욕하기					
⑤ 식사하기					
⑥ 체위 변경하기					
⑦ 일어나 앉기					
⑧ 옮겨 앉기					
⑨ 방 밖으로 나오기					
⑩ 화장실 사용하기					
⑪ 대변 조절하기					
⑫ 소변 조절하기					
⑬ 머리감기					

2) 일상생활 자립도

장애노인(와상도)	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 생활 자립	<input type="checkbox"/> 준 와상 상태	<input type="checkbox"/> 완전 와상 상태
치매노인(인지증)	<input type="checkbox"/> 자립	<input type="checkbox"/> 불완전 자립	<input type="checkbox"/> 부분 의존	<input type="checkbox"/> 완전 의존

※ 신청인의 평소 일상생활 자립정도를 종합하여 각각의 항목 해당란에 √표로 표시함.

(제2쪽 앞면)

나. 사회생활기능(수단적 일상생활 기능) 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당 란에 √표로 표시함.

항목	기능 자립 정도			
	완전 자립	부분 도움	완전 도움	수행하지 않음
① 집안일 하기				
② 식사 준비하기				
③ 빨래하기				
④ 금전 관리				

항목	완전 자립	적은 부분 도움	많은 부분 도움	완전 도움
⑤ 물건 사기				
⑥ 전화 사용하기				
⑦ 교통수단 이용하기				

항목	완전 자립	부분 도움	완전 도움
⑧ 근거리 외출하기			
⑨ 몸 단장하기			
⑩ 약 챙겨먹기			

다. 인지기능 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √표로 표시함.

항목	증상여부	
	예	아니오
① 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다.		
② 오늘이 몇 월 며칠인지 모른다.		
③ 자신이 있는 장소를 알지 못한다.		
④ 자신의 나이와 생일을 모른다.		
⑤ 지시를 이해하지 못한다.		
⑥ 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다.		
⑦ 의사소통이나 전달에 장애가 있다.		
⑧ 계산을 하지 못한다.		
⑨ 하루 일과를 이해하지 못한다.		
⑩ 가족이나 친척을 알아보지 못한다.		

라. 행동변화영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √표로 표시함.

항목	증상여부	
	예	아니오
① 사람들이 무엇을 흠뻑했다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다.		
② 헛것을 보거나 환청을 듣는다.		
③ 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 한다.		
④ 밤에 자다가 일어나 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 또는 낮에는 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 이루지 못한다.		
⑤ 주위사람이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다.		
⑥ 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다 갔다 하며 안절부절 못한다.		
⑦ 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다.		
⑧ 화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 보인다.		
⑨ 혼자서 밖으로 나가려고 해서 눈을 뗄 수가 없다.		
⑩ 물건을 망가트리거나 부순다.		
⑪ 의미없거나 부적절한 행동을 자주 보인다.		
⑫ 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다.		
⑬ 옷을 부적절하게 입는다.		
⑭ 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 행위를 한다.		
⑮ 가스불이나 담뱃불, 연탄불과 같은 화기를 관리할 수 없다.		
⑯ 혼자 있는 것을 두려워하여 누군가 옆에 있어야 한다.		

마. 간호처치 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당 란에 √표로 표시함.

항목	증상 유무		항목	증상 유무	
	있다	없다		있다	없다
① 기관지 절개관 간호			⑥ 암성통증 간호		
② 흡인			⑦ 도뇨(導尿) 관리		
③ 산소요법			⑧ 장루 간호		
④ 욕창 간호			⑨ 투석 간호		
⑤ 경관 영양			⑩ 당뇨발 간호		

※ 암성통증 간호에 해당되지 않는 통증이 있을 경우 특기사항에 기록함.

※ 당뇨발 간호에 해당되지 않는 상처가 있을 경우 특기사항에 기록함.

바. 재활 영역

반드시 각 항목을 직접 신청인이 수행하도록 한 후 해당 란에 √표로 표시함.

항목	운동장애 정도		
	운동장애 없음	불완전 운동장애	완전 운동장애
① 우측상지			
② 좌측상지			
③ 우측하지			
④ 좌측하지			

항목	관절제한 정도		
	제한 없음	한쪽관절 제한	양관절 제한
⑤ 어깨관절			
⑥ 팔꿈치관절			
⑦ 손목 및 수지관절			
⑧ 고관절			
⑨ 무릎관절			
⑩ 발목관절			

사. 복지용구

현재 보유하고 있거나, 이용하기를 희망하는 복지용구에 √표로 표시함.

용구	보유	희망	용구	보유		희망	
				구입	대여	구입	대여
① 이동변기			⑪ 수동휠체어				
② 목욕의자							
③ 보행차			⑫ 전동침대				
④ 보행보조차							
⑤ 안전손잡이			⑬ 수동침대				
⑥ 미끄럼 방지용품 *							
⑦ 간이변기(간이대변기·소변기)			⑭ 욕창예방 매트리스				
⑧ 지팡이							
⑨ 욕창예방 방석			⑮ 이동 욕조				
⑩ 자세변환 용구			⑯ 목욕리프트				
* 미끄럼 방지용품: 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말							

※ 신청인이 필요하다고 생각하지만 급여이용을 희망하지 않거나 그 밖에 의견이 있다면 특기사항에 기록함.

아. 지원형태

① 주 수발자	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀(며느리, 시위 포함) <input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구·이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 자원봉사자 <input type="checkbox"/> 기타(      )		
② 주 수발자의 도움영역	<input type="checkbox"/> 신체기능 <input type="checkbox"/> 사회생활기능 <input type="checkbox"/> 정서적 지지		
③ 하루 종일 혼자 있음	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	

자. 환경 평가

주거 상황이 건강에 해롭거나 지내기 어려운 환경을 만드는지 평가 (조명, 바닥상태, 욕실 및 화장실 환경, 부엌환경, 냉방과 난방, 개인안전, 환기 등)	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량
------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

차. 시력·청력상태

① 시력상태	<input type="checkbox"/> 가. 정상 <input type="checkbox"/> 나. 1미터 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> 다. 눈앞에 근접한 글씨는 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> 르. 거의 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> 무. 보이는지 판단 불능
② 청력상태	<input type="checkbox"/> 가. 정상 <input type="checkbox"/> 나. 보통의 소리를 듣기도 하고, 못 듣기도 한다. <input type="checkbox"/> 다. 큰 소리는 들을 수 있다. <input type="checkbox"/> 르. 거의 들리지 않는다. <input type="checkbox"/> 무. 들리는지 판단 불능

카. 질병 및 증상

신청인이 현재 앓고 있는 질병 또는 증상에 대해 해당 란에 √표로 표시함.

① 질병 및 증상	<input type="checkbox"/> 가. 없음 <input type="checkbox"/> 나. 치매 <input type="checkbox"/> 다. 중풍 (뇌졸중) <input type="checkbox"/> 르. 고혈압 <input type="checkbox"/> 무. 당뇨병 <input type="checkbox"/> 바. 관절염(퇴행성, 류마티스) <input type="checkbox"/> 사. 요통, 좌골통(디스크탈출증, 척수관협착증) <input type="checkbox"/> 오. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란(심부전, 만성폐질환, 천식) <input type="checkbox"/> 자. 난청 <input type="checkbox"/> 차. 백내장, 녹내장 등 시각 장애 <input type="checkbox"/> 카. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 <input type="checkbox"/> 트. 암 (진단명: ) <input type="checkbox"/> 프. 기타 (진단명: )
② 주요 질병 및 증상 ①에서 파악된 내용 가운데 신청인의 현재 기능상태 저하에 가장 직접적인 원인이 되고 비중이 높은 항목 한 가지만 √표로 표시함 <input type="checkbox"/> 가. 치매 <input type="checkbox"/> 나. 중풍 <input type="checkbox"/> 다. 치매 + 중풍 <input type="checkbox"/> 르. 고혈압 <input type="checkbox"/> 무. 당뇨병 <input type="checkbox"/> 바. 관절염 <input type="checkbox"/> 사. 요통, 좌골통 <input type="checkbox"/> 오. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 자. 난청 <input type="checkbox"/> 차. 백내장, 녹내장 등 시각 장애 <input type="checkbox"/> 카. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 <input type="checkbox"/> 트. 암 <input type="checkbox"/> 프. 기타 (진단명: ) ※1가지 진단명만 기재하십시오.	