

## 장기요양인정조사표

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

### 1. 일반사항

① 구분	[ ] 장기요양인정신청    [ ] 갱신신청    [ ] 등급변경신청    [ ] 심사청구			
② 조사원	성명		소속(지사)	
	조사장소		조사일시	
③ 신청인 (본인)	성명		생년월일	
	전화번호		도서·벽지 대상자	[ ] 도서지역 [ ] 벽지지역
	주민등록지			
	실제 거주지			
	장기요양등급		인정유효기간	
	보호자 또는 주 수발자 성명(관계)	(            )	보호자 또는 주 수발자 전화번호	
④ 참석인	성명		신청인과의 관계	전화번호
⑤ 주거상태	[ ] 자택    [ ] 노인요양시설    [ ] 단기보호시설    [ ] 양로시설    [ ] 요양병원    [ ] 기타 병·의원    [ ] 기타(            )			
⑥ 동거인	현재 신청인과 동거하는 자에 대해 복수표시 가능			
	[ ] 독거 [ ] 손자녀	[ ] 부부 [ ] 친척	[ ] 부모 [ ] 친구·이웃	[ ] 자녀(며느리, 사위 포함) [ ] 입소시설 관계자    [ ] 기타(            )
⑦ 현재 받고 있는 급여 (과거 3개월간 평균 횟수·일수 기록)	재가급여	[ ] 방문요양(    회/주) [ ] 방문목욕(    회/주) [ ] 방문간호(    회/주)	[ ] 단기보호(    일/주) [ ] 주·야간보호(    일/주) [ ] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용(    일/주) [ ] 복지용구(구입·대여)	
	시설급여	[ ] 노인요양시설    [ ] 노인요양시설 내 치매전담실 [ ] 노인요양공동생활가정	[ ] 치매전담형 노인요양공동생활가정	
	특별 현금급여	[ ] 가족요양비    [ ] 특례요양비    [ ] 요양병원간병비		
	그 밖의 서비스	[ ] 노인돌봄서비스    [ ] 가사간병방문도움 [ ] 보건소사업(            )    [ ] 개인간병인 [ ] 치매상담센터    [ ] 기타(            )		
⑧ 희망급여 종류	현재 신청인이 희망하는 급여에 대해 복수표시 가능			
	재가급여	[ ] 방문요양    [ ] 방문목욕    [ ] 방문간호 [ ] 단기보호    [ ] 주·야간보호 [ ] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용    [ ] 복지용구(구입·대여)		
	시설급여	[ ] 노인요양시설    [ ] 노인요양시설 내 치매전담실 [ ] 노인요양공동생활가정    [ ] 치매전담형 노인요양공동생활가정		
	특별 현금급여	[ ] 가족요양비    [ ] 특례요양비    [ ] 요양병원간병비		
	1순위 희망급여종류 및 내용			
⑨ 등급외 판정 시 희망 서비스 (등급외 판정 시 지역사회 자원 연계를 위한 참고자료입니다.)	[ ] 노인돌봄서비스    [ ] 보건소 사업    [ ] 노인 일자리 사업 [ ] 치매상담센터    [ ] 주거개선사업    [ ] 무료진료연계 [ ] 급식 및 도시락 반찬    [ ] 건강운동교실    [ ] 가사간병방문도움 [ ] 활동보조    [ ] 목욕·이미용    [ ] 여가, 문화, 교육 [ ] 말벗    [ ] 기타(            )    [ ] 거부			
⑩ 등록장애	※장애의 종류 및 정도 기록			

<참고사항>

## 2. 장기요양인정 · 욕구사항

- 신청인의 기능상태 등에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 √표로 표시함.  
○ 각 항목 아래의 빈칸에 특기사항을 기록함.

## 가. 신체기능(기본적 일상생활 기능) 영역

- 1) 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당란에 √표로 표시함.

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
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)	[ ]정상	[ ]생활 자립	[ ]준 와상 상태	[ ]완전 와상 상태
치매노인(인지증)	[ ]자립	[ ]불완전 자립	[ ]부분 의존	[ ]완전 의존

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

## 나. 사회생활기능(수단적 일상생활 기능) 영역

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

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 집안일 하기			
② 식사 준비하기			
③ 빨래하기			
④ 금전 관리			
⑤ 물건 사기			
⑥ 전화 사용하기			
⑦ 교통수단 이용하기			
⑧ 근거리 외출하기			
⑨ 몸 단장하기			
⑩ 약 챙겨먹기			

## 다. 인지기능 영역

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

항 목	증 상 여 부	
	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. 행동변화 영역

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

항 목	증 상 여 부	
	예	아니오
① 사람들이 무엇을 흠칫했다고 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 땔 수가 없다.		
⑩ 물건을 망가뜨리거나 부순다.		
⑪ 의미 없거나 부적절한 행동을 자주 보인다.		
⑫ 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다.		
⑬ 옷을 부적절하게 입는다.		
⑭ 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등의 행위를 한다.		
⑮ 가스불이나 담뱃불, 연탄불과 같은 화기를 관리할 수 없다.		
⑯ 혼자 있는 것을 두려워하여 누군가 옆에 있어야 한다.		
⑰ 이유 없이 크게 소리치고 고함을 친다.		
⑱ 공공장소에서 부적절한 성적 행동을 한다.		
⑲ 음식이 아닌 물건 등을 먹는다.		
⑳ 쓸데없이 간섭하거나 참견한다.		
㉑ 식습관 및 식욕변화를 보이거나 이유 없이 식사를 거부한다.		
㉒ 귀찮을 정도로 붙어서 따라 다닌다.		

마. 간호처치 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당란에 √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(창자샐길) 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 신청인이 직접 수행하도록 한 후 해당란에 √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 엉덩관절			
⑨ 무릎관절			
⑩ 발목관절			

사. 복지용구

현재 보유하고 있거나, 이용하기를 희망하는 복지용구의 해당란에 √표로 표시함.

용구	보유	희망	용구	보유		희망	
				구입	대여	구입	대여
① 이동변기			⑪ 수동휠체어				
② 목욕의자			⑫ 전동침대				
③ 성인용 보행기			⑬ 수동침대				
④ 안전손잡이			⑭ 욕창예방 매트리스				
⑤ 미끄럼 방지용품 *			⑮ 이동 욕조				
⑥ 간이변기(간이대변기·소변기)			⑯ 목욕리프트				
⑦ 지팡이			⑰ 배회감지기				
⑧ 욕창예방 방석			⑱ 경사로				
⑨ 자세변환 용구							
⑩ 요실금 팬티							

\* 미끄럼 방지용품: 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말

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

아. 지원형태

① 주 수발자	[ ]없음 [ ]배우자 [ ]부모 [ ]자녀(며느리, 사위 포함) [ ]손자녀 [ ]친척 [ ]친구·이웃 [ ]간병인 [ ]자원봉사자 [ ]기타( )	
② 주 수발자의 도움영역	[ ]신체기능 [ ]사회생활기능 [ ]정서적 지지	
③ 하루 종일 혼자 있음	[ ]예	[ ]아니오

자. 환경 평가

주거 상황이 건강에 해롭거나 지내기 어려운 환경을 만드는지 평가  
(조명, 바닥 상태, 욕실 및 화장실 환경, 부엌 환경, 냉방과 난방, 개인안전, 환기 등)

① 조명(눈부심, 그림자, 스위치 위치 등)	[ ]양호 [ ]불량
② 바닥과 벽지 (마룻바닥, 벽지상태)	[ ]양호 [ ]불량
③ 계단(계단 난간 위치)	[ ]양호 [ ]불량
④ 주방(가스기구, 조리기구 위치)	[ ]양호 [ ]불량
⑤ 문턱 여부(현관, 방, 화장실)	[ ]유 [ ]무
⑥ 난방과 환기(적정수준의 온도와 환기)	[ ]양호 [ ]불량
⑦ 화장실 세면대 설치 여부	[ ]유 [ ]무
⑧ 좌변기 여부	[ ]유 [ ]무
⑨ 온수 여부	[ ]유 [ ]무
⑩ 욕조 여부	[ ]유 [ ]무

### 차. 시력·청력 상태

① 시력 상태	<input type="checkbox"/> ㄱ. 정상 <input type="checkbox"/> ㄴ. 1미터 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> ㄷ. 눈앞에 근접한 글씨는 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> ㄹ. 거의 보이지 않는다. <input type="checkbox"/> ㄴ. 보이는지 판단 불능
② 청력 상태	<input type="checkbox"/> ㄱ. 정상 <input type="checkbox"/> ㄴ. 보통의 소리를 듣기도 하고, 못 듣기도 한다. <input type="checkbox"/> ㄷ. 큰 소리는 들을 수 있다. <input type="checkbox"/> ㄹ. 거의 들리지 않는다. <input type="checkbox"/> ㄴ. 들리는지 판단 불능

### 카. 질병 및 증상

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

① 질병 및 증상	<input type="checkbox"/> ㄱ. 없음 <input type="checkbox"/> ㄴ. 치매 <input type="checkbox"/> ㄷ. 중풍(뇌졸중) <input type="checkbox"/> ㄹ. 고혈압 <input type="checkbox"/> ㄴ. 당뇨병 <input type="checkbox"/> ㄷ. 관절염(퇴행성, 류마티스) <input type="checkbox"/> ㄹ. 요통, 좌골통(디스크탈출증, 척수관협착증) <input type="checkbox"/> ㄹ. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란(심부전, 만성폐질환, 천식) <input type="checkbox"/> ㄷ. 난청 <input type="checkbox"/> ㄷ. 백내장, 녹내장 등 시각 장애 <input type="checkbox"/> ㄷ. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 <input type="checkbox"/> ㄷ. 암(진단명: ) <input type="checkbox"/> ㄷ. 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"/> ㄱ. 치매	<input type="checkbox"/> ㄴ. 중풍	<input type="checkbox"/> ㄷ. 치매 + 중풍
<input type="checkbox"/> ㄹ. 고혈압	<input type="checkbox"/> ㄴ. 당뇨병	<input type="checkbox"/> ㄷ. 관절염
<input type="checkbox"/> ㄹ. 요통, 좌골통		
<input type="checkbox"/> ㄹ. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란		
<input type="checkbox"/> ㄷ. 난청	<input type="checkbox"/> ㄷ. 백내장, 녹내장 등 시각 장애	
<input type="checkbox"/> ㄷ. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증	<input type="checkbox"/> ㄷ. 암	
<input type="checkbox"/> ㄷ. 기타 (진단명: )	※1가지 진단명만 적으십시오.	