

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名				被保険者番号									
受付日	年	月	日	受付番号				保険者(番号)					

事業所名				連絡先 電話番号								
記入者氏名				職 種	ケアマネージャー・その他 ( )							
基本的 評価事項	要 介 護 度		介護者の 有 無	在宅サービスの利用率	地 域 性		合 計					
	1・2・3・4・5				単 身 介護者有	%	同 一 市 町 村(5点) 圏域内・隣接市(3点)		点			
	痴呆性の有無		□未利用 □入院・入所中									
	有 ・ 無											
点 数	点			点		点						
ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー 見 入 覧	(1) 【本人の心身の状況】 《行動等》 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> たびたび道に迷う <input type="checkbox"/> 電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない <input type="checkbox"/> 服薬管理ができない <input type="checkbox"/> やたらに物を収集したり、昼夜逆転、徘徊、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為等がある <input type="checkbox"/> その他 ( ) 《日常動作等》 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排便、排尿に時間がかかる <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他 ( ) (2) 【介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 同居介護者がいる( 人) <input type="checkbox"/> 同居介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 同居介護者はいるが十分な介護が困難 (高齢・障害・疾病・就労・その他： ) (3) 【その他の介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣市町村にいる <input type="checkbox"/> その他 ( ) (4) 【在宅生活継続の可能性】 <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる				(5) 【在宅生活に支障のある状況】 <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (6) 【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 住宅改修をした(手すりやバリアフリー等) <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ( ) (7) 【参考項目】 ① 《介護者の負担感》 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ② 《意思疎通》 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ③ 《入所について》 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる							
	特 記 事 項											

施設 記入 欄	年	医療の必要性			
		同居以外の 親族・その他	無		
	有		1. 子（ 人）	2. 兄弟等（ 人）	3. 親族（続柄： ）
	月	在宅介護の可能性 介護者の事情			
	日	介護者の 負担感			
	記入日	住環境の状況			
		その他			

入所申込書受付日		年 月 日		受付番号	入 所 日		年 月 日		
施設 記入 欄	年	要 介 護 度		介護者 の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計		
		1・2・3・4・5							
	月	痴呆性の有無		単 身 介護者有	%	同一市町村 圏域内、隣接市			
		有・無							
	日			点	点	点	点	点	点
	記入日	【評価すべき個別の事項等】							
施設 記入 欄	年	要 介 護 度		介護者 の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計		
		1・2・3・4・5							
	月	痴呆性の有無		単 身 介護者有	%	同一市町村 圏域内、隣接市			
		有・無							
	日			点	点	点	点	点	点
	記入日	【評価すべき個別の事項等】							