

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 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| 受付番号 | | 保険者(番号) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|------------------|----|
| ケ ア マ ネ 年 ジ 月 ヤ 日 (記 入 日) 欄 | 事業所名 | | 連絡先電話番号 | | |
| | 担当ケアマネジャー氏名 | | 職 種 | | |
| | 基本的評価基準 | | | | |
| | 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 |
| | 3・4・5 1・2 (特例入所対象) | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | 同一市町村 圏域内・隣接市 | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | 【本人の心身の状況】 | | <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <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"/> 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() | | 【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"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <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() | | |
| | 【介護者の状況】 | | 【参考項目】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 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"/> 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:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <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 ・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 ・入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる | | |
| 【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"/> 検討の余地あり <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 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 【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 | | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | |

| | | | |
|-------|----------------------|---------------------|--|
| 施設記入欄 | 年 月 日 (記入日) | 医療の必要性 | |
| | | 同居以外の親族 や援護者の有無 | |
| | | 在宅介護の可能性 ・介護者の事情 | |
| | | 家族の 介護負担感 | |
| | | 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 |
| 保険者への報告 | | 要 ・ 不要 年 月 日 | 保険者から の情報提供 | 有 無 | 年 月 日 | |
| 施設記入欄 | 年 月 日 (記入日) | 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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | 同一市町村 圏域内・隣接市 | |
| | | 点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | |
| | 年 月 日 (記入日) | 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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | 同一市町村 圏域内・隣接市 | |
| 点数 | | 点 | 点 | 点 | 点 | |
| 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | | |