

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
	痴呆性の有無		□未利用 □入院・入所中	点			
	有 ・ 無				点		
点 数	点		点	点		点	
ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー の 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 ( )			(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： ）	4. その他（ ）
	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	
	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	
	記入日	【評価すべき個別の事項等】						