

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)							

ケアマネジャー 年 ネ ジ 月 ヤ 見 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	認知症老人の日常生活自立度	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	I・II a・II b・III a・ III b・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点
	点数	点		点	点	点	
	【本人の心身の状況】				□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない		
	□常時の介護や見守りが必要である				□病院等の入所者で帰る家がない		
	□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				□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		
	□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				□その他()		
□多少の一部介助や見守りを必要とする				【住環境】			
□ほとんど自立による日常生活が可能である				□居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等)			
□その他()				□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある			
【介護者の状況】				□施設や病院から退所を求められている			
□介護者が全くいない				□その他()			
□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる				【参考項目】			
□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:)				・家族の負担感			
□介護者が遠隔地にいる				□介護疲れがひどい			
□介護者が近隣にいる				□殆どかかわっていない			
□同居の介護者がいる(人)				□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある			
□その他()				□在宅サービスの利用にて順調			
【在宅生活継続の可能性】				□在宅サービスの利用ないが順調			
□極めて困難				・意思疎通			
□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある				□慣れた人でも意思疎通は困難			
□検討の余地あり				□家族など慣れた人なら問題はない			
□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				□特に問題はない			
□その他()				・入所について			
【在宅生活に支障のある状況】				□強く拒否している □拒否傾向			
□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難				□意思確認が困難			
				□希望はしていないが同意している			
				□同意している □強く望んでいる			
【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		
施設 記入 欄	年 月 日 (記 入 日)	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	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	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% <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
		【評価すべき個別的事項等】					
欄	年 月 日 (記 入 日)	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	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	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% <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
		【評価すべき個別的事項等】					