

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 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	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性
		3・4・5 1・2（特列入所対象）	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市
	点数	点		点	点
	合計				点
	【本人の心身の状況】	<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（ ）		<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（ ）	
	【介護者の状況】	<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・障がい・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（ ）		【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（ ）	
	【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（ ）		【参考項目】 ・ 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 □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 □強く望んでいる	
【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	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
		欄	年 月 日 (記入日)	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 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中
【評価すべき個別的事項等】						
施設	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
		欄	年 月 日 (記入日)	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 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中
【評価すべき個別的事項等】						