

標準様式 2

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

入所申込者氏名		被保険者番号					
受付番号		保険者(番号)					
事業所名		連絡先電話番号					
担当ケアマネージャー等氏名		職種					
基本的評価基準							
要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計		
1. 2. 3.	I. II a. II b. III a	%	単身	同一市町村			
4. 5	III b. IV. M. 正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同居	圏域内、隣接市			
点数	点	点	点	点	点		
ケアマネジャー	令和 年 ジ 月 ヤ 日 見 等 入 日 記 書 欄	<p>【本人の心身の状況】</p> <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 ()		<p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <input type="checkbox"/> 近くに住宅サービス事業者がなく利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない。 <input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない。 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		<p>【介護者の状況】</p> <input type="checkbox"/> 介護者がまったくいない。 <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"/> 十分な介護が困難(高齢、障害、疾病、就労、その他:) <input type="checkbox"/> 遠隔地にいる。 <input type="checkbox"/> 近隣にいる。 <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる。(人) <input type="checkbox"/> その他 ()		<p>【住環境】</p> <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <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 ()			
		<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用してい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 ()		<p>【参考項目】</p> ①家族の負担感 <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"/> 在宅サービスを利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用がないが順調 ②意志疎通 <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ない。 <input type="checkbox"/> 特に問題ない。 ③入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している。 <input type="checkbox"/> 強く拒否傾向。 <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。			
《特記事項》							

ケアマネジャー記入欄	年	医療の必要性	
	月	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	
	日 (記入日)	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	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2・3・	正常・I・IIa・IIb・	単身・	%	
		4・5	IIIa・IIIb・IV・M	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	
			点	点	点	
	月	(評価すべき個別の事項等)				
日 (記入日)						
施設 記 入 欄	年	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2・3・	正常・I・IIa・IIb・	単身・	%	
		4・5	IIIa・IIIb・IV・M	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	
			点	点	点	
	月	(評価すべき個別の事項等)				
日 (記入日)						