

特別養護老人ホームなのはな園 入所調査票(ケアマネジャー記入)

申込日 平成 年 月 日

対象者		被保険者番号							
現住所	〒	—	電話番号						
担当ケアマネジャー	事業所名			連絡先電話番号					
				() —					

項目	評価基準	点数
本人の状況	要介護1. 要介護2. 要介護3. 要介護4. 要介護5. 認知症に伴う問題行動の有無()	
介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上10割 <input type="checkbox"/> 6割以上8割未満 <input type="checkbox"/> 4割以上6割未満 <input type="checkbox"/> 2割以上4割未満 <input type="checkbox"/> 2割未満	
家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がいない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難な状況	
入所・入院中の状況	居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所・入院している	
合 計		
障害老人の日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2	
認知症老人の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
介護者の急死や緊急入院、住居の立ち退き、住宅改修が困難である等の居住環境の問題点、その他特別な状況		
要介護方 1のみ 2の	考慮事項	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
	「特例入所」	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

☆ 同居家族(いる方のみ記入して下さい)

	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

☆ 近親者の状況(同居家族のいない方のみ記入して下さい)

	氏名	年齢	続柄	住所
1				
2				
3				

☆ 連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
3				

ケアマネジャーからの意見(施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入して下さい)
