

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)							

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			
ケ ア マ ネ ジ ャ ー	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率
		在宅サービスの利用率	地域性
	3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要	%
	1・2 (特例入所対象)	支援以上の世帯 ・その他の世帯	同一市町村・ 圏域内、隣接市
	点数	点	点
年 ネ ジ ャ ー 日 一 記 入 日 欄	【本人の心身の状況】	<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 ()	
	<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"/> 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 ()	
	【介護者の状況】	<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"/> 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がある状況】	<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 ()	
	【在宅生活に支障のある状況】	<input type="checkbox"/> 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 ()	
	【在宅生活に支障のある状況】	<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 ()	
	【特記事項】	<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 ()	

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 記入 欄	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	
		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	% <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	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 ・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	% <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】					