

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 ジ 月 ヤ ー 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 | ・ a・ b・ a・ b・ ・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 | ・ a・ b・ a・ b・ ・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 |
| | | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | |
| | | 点 | | | | | |
| 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 | ・ a・ b・ a・ b・ ・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 |
| | | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | |
| | | 点 | | | | | |