

特別養護老人ホーム 入所調査票 (ケアマネジャー記入)

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	要介護度1・要介護度2・要介護度3・要介護度4・要介護度5	
	認知症に伴う危険な問題行動・周辺症状【3点】 ( )	
	認知症に伴う問題行動・周辺症状 IIIa 以上【2点】 ( )	
	認知症に伴う問題行動・周辺症状【その他】 ( )	
介護の必要性 (サービス利用割合)	<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"/> 独居【20点】	
	<input type="checkbox"/> 老々介護(要介護または病気療養)【18点】※高齢者(老々)は75歳以上とする。	
	<input type="checkbox"/> 老々介護(要支援)【17点】	
	<input type="checkbox"/> 老々介護(介護度なし)【16点】	
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢(65歳以上)、病気、就労【15点】 ※就労は週40時間以上とする。	
	<input type="checkbox"/> 就労はないが、被介護者複数【13点】	
	<input type="checkbox"/> 家族がおり、就労なし【10点】	
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へ入所、または病院へ入院している【7点】	

合計

特例入所 (要介護度1・2の方)	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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等が頻繁に見られる。
	<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り家族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。

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	

☆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				3			
2				4			

☆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				

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)				