

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 ジ ヤ ー	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	介護者の有無		在宅サービスの利用率		地域性	合計
		3・4・5 1・2（特例入所対象）	・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		% □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	
	年 ネ ジ ヤ ー	月 日 （記入日）	意見欄	【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 □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 □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 □多少の一部介助や見守りを必要とする □ほとんど自立による日常生活が可能である □その他（ ）		□病院等の入所者で帰る家がない □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 □その他（ ）		
	日 （記入日）	欄	【介護者の状況】		【住環境】			
			□介護者が全くいない □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる □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： ） □介護者が遠隔地にいる □介護者が近隣にいる □同居の介護者がいる（ 人） □その他（ ）		□施設や病院から退所を求められている □その他（ ）			
欄	欄	【在宅生活継続の可能性】		【参考項目】				
		□極めて困難 □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある □検討の余地あり □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 □その他（ ）		・家族の負担感 □介護疲れがひどい □殆どかわかっていない □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある □在宅サービスの利用にて順調 □在宅サービスの利用ないが順調 ・意思疎通 □慣れた人でも意思疎通は困難 □家族など慣れた人なら問題はない □特に問題はない ・入所について □強く拒否している □拒否傾向 □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				
		【在宅生活に支障のある状況】						
		□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難						
		【特記事項】						



施設 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 年 月 日 無			
施設 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		% □未利用 □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】							
	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		% □未利用 □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】								