

## 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 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
認知症高齢者の日常生活自立度	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				5			
2				6			
3				7			
4				8			

☆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				
4				

☆連 絡 先

	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号
1				
2				
3				
4				

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）