

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所調査票

入所申込者（本人）氏名		被保険者番号					
受付番号		保険者					

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 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		
	要介護度	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計	
	1・2・3 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所（入院）中		
	点	点	点	点		
年 月 日 （記入日）	<p>【本人の心身の状況】</p> <p>□常時の介護や見守りが必要である</p> <p>□痴呆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</p> <p>□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</p> <p>□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</p> <p>□その他（</p> <p>【介護者の状況】</p> <p>□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</p> <p>□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）</p> <p>□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）</p> <p>□その他（</p> <p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p>□きわめて困難 □在宅サービスを利用して在宅生活に支障がある □検討の余地有り</p> <p>□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（ ）</p> <p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <p>□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない</p> <p>□施設や病院等の入所（入院）者で帰る家がない</p> <p>□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</p> <p>□その他（</p> <p>【住環境】</p> <p>□住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭いなど）</p> <p>□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p>□施設や病院等から退所（退院）を求められている □その他（ ）</p> <p>【参考項目】</p> <p>・家族の負担感 □介護疲れがひどい □ほとんどかかわっていない □在宅サービスを利用して何とか □在宅サービスの利用により順調 □在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・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</p> <p>・入所についての本人の意思</p> <p style="padding-left: 20px;">□強く拒否している □拒否傾向 □意思確認が困難</p> <p style="padding-left: 20px;">□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</p> <p>【特記事項】</p>					

ケアマネジャー記入欄	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	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2・3 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所(入院)中	
				点	点	点
		(評価すべき個別的事項等)				
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2・3 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% □未利用 □入所(入院)中	
				点	点	点
		(評価すべき個別的事項等)				

入所申し込み用アセスメント情報シート

申し込み日		年	月	日	担当ケアマネ				
フリガナ				男女	生年月日	大正 昭和			
氏名	様					年 月 日 歳			
住所					TEL				
障害高齢者自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	要介護度
認知症自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
家族構成図	家族等連絡先								
	① (氏名)			(続柄)			(TEL)		
	② (氏名)			(続柄)			(TEL)		
かかりつけ医									
既往歴	(発症時期)								

コミュニケーション (言語・意思疎通)									
視力	普通 ・ 悪い ・ 不能 ・ その他				聴力	普通 ・ 大声で可能 ・ 不能 ・ その他			
認知症症状	短期記憶 (問題あり ・ なし)								
睡眠	良 ・ 悪		夜間帯の様子						
麻痺・拘縮	有 ・ 無								
起居動作	起き上がり	自立 ・ 介助		立ち上がり	自立 ・ 介助		移乗	自立・一部介助・全介助	
歩行・移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他				(移動・移乗時の状況)				
	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子								
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		食事形態		主食：		副食：		
	アレルギー (有 ・ 無)								
	嚥下状態： 食事時の状況：								
義歯	有 ・ 無		自歯： 有 ・ 無						
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無)				
	布パンツ・紙パンツ・オムツ・尿パット								
	トイレ・ポータブル・尿器・バルーン								
入浴	一般浴 ・ 特殊浴								
着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助								
生活状況									
ご家族、ご本人の入所意思について									
ご家族：									
ご本人：									