

地域密着型介護老人福祉施設 Aoi 入所調査票(介護支援専門員記入)

担当ケアマネジャー名	所属事業所名	連絡先電話番号

ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
入所申込者氏名			
現住所		電話番号	
被保険者番号			

項目	評価基準	点数	
共通項目	1.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	
	2.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	
	3.家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がない <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	
	4.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		
	5.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	
	6.認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	7.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		
要介護度の方のみ	8.考慮事項	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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こと等により、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	
	「特例入所」		

〔以下、共通項目〕

☆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				4	
2				5	
3				6	

☆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

☆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)
