

介護支援専門員の入所調査票（介護支援専門員⇔特養）

担当ケアマネージャー名	所属事業所名	連絡先電話番号

ふりがな		生年月日	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	
		認知症に伴う問題行動の有無（	
	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 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	
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 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		
6 認知症老人の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ 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、その他の特別な状況			
要介護の方のみ 8 考慮事項 「特例入所」	<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		

☆同居家族（いる方のみ記入してください）

	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ください）

	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				
3				

ケアマネージャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性について、状況の詳細を記入してください）
