

特別養護老人ホーム入所調査書（ケアマネージャー又は相談員記入）

| | | | |
|----------------|-----------|------------|--|
| 入所希望者 | | 介護保険被保険者番号 | |
| 担当ケアマネージャー・相談員 | 所属事業所・病院名 | 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 無・有（ ） | |
| 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 | | |

入所希望者の状況

| | |
|-----------------------|--------|
| 疾患障害名 | |
| 1. 身体状況 | |
| 2. ADL状況 | |
| 3. 精神（認知症）状況 | |
| 4. 最近の状況 | |
| 5. 特養入所についての考え | < 本人 > |
| | < 家族 > |
| 6. その他（特記事項等） | |
| < ケアマネージャー・相談員からの意見 > | |

