

**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 >	

