

大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

表

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

居宅介護支援事業者等名称		連絡先電話番号		( )			
担当ケアマネジャー等氏名		職種					
要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市				
	点	点	点	点			
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	年 月 日 意 見 欄	本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症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 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他( )				
		世帯の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 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: ) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる( 人) <input type="checkbox"/> その他( )				
		在宅生活継続	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( )				
		在宅生活に支障	<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( )				
		住環境	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他( )				
		参考事項	家族の負担感	<input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用してはいるが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない			
			意思疎通	<input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない			
入所についての本人の意思	<input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる						
特記事項							

施設名		入所申込書受付日	平成	年	月	日
施設受付番号		入所日	平成	年	月	日

施設記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族や援護者の有無	
	日	在宅介護の可能性・介護者の事情	
	日	家族の介護負担感	
	日	住環境の状況	
	日	その他	

施設記入欄	年	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
	月	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	日		点	点	点	点
	日	【評価すべき個別的事項等】				
	日					
	日					