

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

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 1・2・3・4・5	世帯の状況		在宅サービスの利用率	地域性		
	<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"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		%	<input type="checkbox"/> 大阪市内  <input type="checkbox"/> 隣接市		
点		点		点		
ケアマネジャー記入欄	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( )				
		<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・障がい・疾病・育児・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( )				
		<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( )				
		<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( )				
		<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( )				
		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はないが順調 <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				
参考事項	入所についての本					
	<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					
特事項						
要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。						

施設名		入所申込書受付日	年 月 日
施設受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	年 月 日	保険者 への意見	年 月 日
		特例要件 要介護度等	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	
	入	家族の介護負担感	
	記	住環境の状況	
	入	その他	

施設記入欄	年 月	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	
		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"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内  <input type="checkbox"/> 隣接市		
			点	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	点	点	
	日	入	【評価すべき個別的事項等】				
	記	入					
	入	日	【評価すべき個別的事項等】				