

特別養護老人ホーム入居調査票（ケアマネージャー記入）

津田の里

対象者		被保険者番号							
現住所					電話番号				
担当ケアマネージャー	事業所名				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								
	認知症に伴う行動障害							(3)	
介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上 10割							(10)	
	<input type="checkbox"/> 6割以上 8割未満							(8)	
	<input type="checkbox"/> 4割以上 6割未満							(6)	
	<input type="checkbox"/> 2割以上 4割未満							(4)	
	<input type="checkbox"/> 2割未満							(2)	
家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がいない							(20)	
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労							(15)	
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難な状況							(10)	
入居・入院の状況								(7)	
合 計									

障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M

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住居環境の問題点、その他特別な状況

☆同居家族（ある方のみご記入下さい）または近親者状況（同居家族のない方のみご記入下さい）

	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

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