

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

[illegible]

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			

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	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		☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
	本人の心身の状況 認知症の状況 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 常時の介護や見守りが必要である ☐ 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 ☐ 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 ☐ 多少の一部介助や見守りを必要とする ☐ ほとんど自立による日常生活が可能である ☐ その他()					
	世帯の状況 ☐ 介護者が全くいない ☐ 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる ☐ 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・就労・その他:) ☐ 介護者が遠隔地にいる ☐ 介護者が近隣にいる ☐ 同居の介護者がいる(人) ☐ その他()					
在宅生活継続の可能性		☐ 極めて困難 ☐ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地あり ☐ 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 ☐ その他()				
在宅生活に支障のある状況		☐ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 ☐ 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない ☐ 病院等の入所者で帰る家がない ☐ 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 ☐ その他()				
住環境		☐ 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) ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院から退所を求められている ☐ その他()				
参考事項		家族の負担感 ☐ 介護疲れがひどい ☐ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある ☐ 在宅サービスの利用にて順調 ☐ 在宅サービスの利用はないが順調 ☐ 殆ど関わっていない 意思疎通 ☐ 慣れた人でも意思疎通は困難 ☐ 家族など慣れた人なら問題ない ☐ 特に問題ない 入所についての本 人の意思 ☐ 強く拒否している ☐ 拒否傾向 ☐ 意思疎通が困難 ☐ 希望はしていないが同意している ☐ 同意している ☐ 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	平成	年	月	日			
施設受付番号		入所日	平成	年	月	日			
保険者への報告 (特列入所)	平成	年	月	日	保険者 への意見	平成	年	月	日
					特例要件 要介護度等	平成	年	月	日

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

施設記入欄	年 月 日 入記入日 √	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	☐ 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
	年 月 日 入記入日 √	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	☐ 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

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	大阪 花子	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
受付番号		保険者(番号)	大阪市 2 7 1 0 0 7

ケアマネジャー 記入欄	居宅介護支援事業者等名称		居宅介護支援事業所〇〇〇		連絡先電話番号		06(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当ケアマネジャー等氏名		〇〇 〇〇		職 種		ケアマネジャー	
	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	☐ 単身世帯 ☒ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯		8 5 % ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中		☒ 大阪市内 ☐ 隣接市		
	45 点		35 点		5 点		85 点	
	本人の心身の状況	認知症の状況 ☐ 無 ☒ 有						
		☒ 常時の介護や見守りが必要である ☐ 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 ☒ 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 ☐ 多少の一部介助や見守りを必要とする ☐ ほとんど自立による日常生活が可能である ☐ その他 ()						
		世帯の状況 ☐ 介護者が全くいない ☒ 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる ☒ 介護者はいるが十分な介護が困難 (高齢 障がい・疾病・就労・その他:) ☐ 介護者が遠隔地にいる ☐ 介護者が近隣にいる ☐ 同居の介護者がいる (人) ☐ その他 ()						
		在宅生活継続の可能性 ☐ 極めて困難 ☒ 在宅サービスを利用して在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地あり ☐ 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 ☐ その他 ()						
		在宅生活に支障のある状況 ☐ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 ☒ 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない ☐ 病院等の入所者で帰る家がない ☐ 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 ☐ その他 ()						
参考事項	住環境	☒ 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) ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院から退所を求められている ☐ その他 ()						
	家族の負担感	☒ 介護疲れがひどい ☐ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある ☐ 在宅サービスの利用にて順調 ☐ 在宅サービスの利用はないが順調 ☐ 殆ど関わっていない						
	意思疎通	☒ 慣れた人でも意思疎通は困難 ☐ 家族など慣れた人なら問題ない ☐ 特に問題ない						
	入所についての本人の意思	☐ 強く拒否している ☐ 拒否傾向 ☒ 意思疎通が困難 ☐ 希望はしていないが同意している ☐ 同意している ☐ 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。 ※記入担当者にて、入所申込者のADL状態など記入						

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			
保険者への報告 (特列入所)	平成	年	月	日	保険者 への意見	平成	年	月	日
					特例要件 要介護度等	平成	年	月	日

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

施設記入欄	年 月 日 入記入日 √	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	☐ 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
	年 月 日 入記入日 √	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	☐ 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				