

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)													

ケアマネジャー記入欄	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	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ 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 ☐ その他の世帯		% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中		☐ 大阪市内 ☐ 隣接市					
		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・育児・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	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	特例要件	年	月	日
				要介護度等	年	月	日	

施設記入欄	年 月 日 △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 △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 ☐ 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 ☐ その他の世帯	%	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市		
				☐ 未利用 ☐ 入院・入所中			
			点	点	点		点
			【評価すべき個別的事項等】				
	年 月 日 △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 ☐ 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 ☐ その他の世帯	%	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市		
				☐ 未利用 ☐ 入院・入所中			
			点	点	点		点
			【評価すべき個別的事項等】				