

特別養護老人ホーム長命園 入所調査票（ケアマネージャー記入）

対象者	被保険者番号										
	電話番号										
現住所	〒										
担当 ケアマネージャー	事業所名					連絡先 電話番号					
項目	評価項目										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										
	認知に伴う問題行動の有無（危険の認知低下あり、転倒の危険有り）										
介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上 10割										
	<input type="checkbox"/> 6割以上 8割										
	<input type="checkbox"/> 4割以上 6割										
	<input type="checkbox"/> 2割以上 4割										
	<input type="checkbox"/> 2割未満										
家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため										
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため										
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため										
	<input type="checkbox"/> 介護する者が疲労していて介護することが困難なため										
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため										
	<input type="checkbox"/> 住居環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため										
	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため										
合計											

障害老人の日常生活自立度	自立 ・ J-1 ・ J-2 ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・ C-2
認知性老人の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M

【同居家族の状況】

	氏名	年齢	続柄
1			
2			
3			
4			

【近親者の状況】

	氏名	年齢	続柄
1			
2			
3			
4			

【連絡順位】

	氏名	年齢	続柄
1			
2			
3			
4			

ケアマネージャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性等、状況の詳細を記入してください）