

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入居選考調査票

入居申込者(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	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 <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"/> その他の世帯	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入居中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	点	点	点	点
ケア 年 月 日 意 見 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()					
	世帯の状況	<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・障害・疾病・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(妻も寝たきりの状態))					
	在宅生活継続の可能性	<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()					
	在宅生活に支障のある状況	<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"/> 病院等の入居者・入院者で帰る家がない <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()					
	住環境	<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"/> 施設や病院から退居や退院を求められている <input type="checkbox"/> その他()					
参考事項	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					
	入居についての本人の意思	<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は特例入居要件の情報も記載してください。						

施設名	特別養護老人ホームこうのと	入居申込書受付日	令和 年 月 日
施設受付番号		入居日	令和 年 月 日
保険者への報告 (特例入居)	令和 年 月 日	保険者への意見	令和 年 月 日
		特例要件 要介護度等	令和 年 月 日

施設記入欄	年 月 日 入 記 入 日 日 入 日 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 日 入 日 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	<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"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
				<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入居中		
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
	年 月 日 入 記 入 日 日 入 日 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	<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"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
				<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入居中		
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				