特別養護老人ホーム　入所調査票（ケアマネジャー記入）

対 象 者		被保険者番号									
現 住 所			電話番号								
担当ケアマネジャー	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	
	痴呆に伴う問題行動の有無 （　　）	
介護の必要性	□ 8割以上10割	
	□ 6割以上8割未満	
	□ 4割以上6割未満	
	□ 2割以上4割未満	
	□ 2割未満	
家族の状況	□ 介護する家族がいない	
	□ 介護者が高齢、病気、就労	
	□ 家族はいるが、介護が困難な状況	
入所・入院中の状況	居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所・入院している	
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
認知症老人の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・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（いる方のみ記入して下さい）

	氏　　名	年 齢	続 柄		氏　　名	年 齢	続 柄
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

☆近親者の状況（同居家族のいない方のみ記入して下さい）

	氏　　名	年 齢	続 柄	住　　所
1				
2				
3				
4				

☆連絡先

	氏　　名	続 柄	住　　所	電 話 番 号
1				
2				
3				
4				

ケアマネジャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入して下さい）