

地域密着型認知症対応型共同生活介護入所選考調査票

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 年 ネ ジ 月 ヤ 見 日 （ 記 入 日 ） 欄	事業所名				連絡先電話番号				
	担当ケアマネジャー氏名				職種				
	基本的評価基準								
		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		
		3・4・5 1・2	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯		% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点		
	点数	点		点	点				
	【本人の心身の状況】	<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・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である <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（ ）			<input type="checkbox"/> 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <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（ ）				
	【介護者の状況】	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者が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・障がい・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（ ）			【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等） <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"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	【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（ ）			【参考項目】 ・家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <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 ・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はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している □拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <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 □強く望んでいる				
	【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							
【特記事項】									

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	

入所申込書受付日	年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告	要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年	月 日

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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					
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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					

質 問 票

令和 年 月 日現在

現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの所帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院へ入院している								
	<input type="checkbox"/> 入院中(病院名: _____)				<input type="checkbox"/> 老健等入所中(施設名: _____)				
	入院又は入所期間: _____年 _____月 _____日から								
身体状況	身長	_____ cm	体重	_____ kg	体温	_____ 度 分	血圧	_____ / _____	
	体 型	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 痩身 <input type="checkbox"/> 大柄 <input type="checkbox"/> 小柄 <input type="checkbox"/> 円背 <input type="checkbox"/> 腰屈							
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(左・右) <input type="checkbox"/> 見えない(左・右)							
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえない(左・右) <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(左・右)							
	発 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない							
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない							
	両足立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない							
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー					介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
生活状況	食 事	主食 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 白かゆ <input type="checkbox"/> その他				介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ				介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> おむつ				介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ				介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
健康状況	現疾患	_____			病 歴	_____			
	主治医	_____			電 話	_____			
	医療状況	<input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカーを植え込みしている <input type="checkbox"/> その他(_____)							
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			
	皮膚刺激	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い			麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			
	便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(服薬: 無・有)			拘 縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> つめる			褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(上・下)			湿 疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)			
	認知症	認知症程度 (軽度・中度・重度)							
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(徘徊・昼夜逆転・睡眠具合・介護に抵抗・収集癖)							
介護状況	主たる介護者の氏名	(男・女)・年齢: _____ 歳・続柄: _____							
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
	介護期間	平成 _____ 年 _____ 月頃から	原因	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 転倒骨折 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他					
	ケアマネジャー	_____							
	事業所名	_____							
その他	年金受給	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 (年額: _____ 円)							
	生活保護の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(保険者: _____)							
* 介護上の悩み、困っている事がございましたらご記入ください。									