介護支援専門員・相談員の入所調査票（介護支援専門員・相談員⇔特養）

担当ケアマネジャー又は相談員名	所 属 事 業 所 名	連 絡 先 電 話 番 号

ふりがな		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　年　月　日
入所申込者氏名			
現 住 所			
被保険者番号		電話番号	

	項　目	評　価　基　準	点 数
共通項目	1.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	
	2.認知症等に伴う行動障害 有　・　無	・不穏、興奮　・大声　・夜間せん妄　・徘徊 ・摂食異常（異食）　・不潔行為　・他（　　）	
	3.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	
	4.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	
	5.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		
	6.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	
	7.認知症高齢者の日常生活自立度	自 立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
	8.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居住環境の問題点、その他特別な状況		
要介護度1・2の方のみ	9.考慮事項 「特例入所」	□ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる □ 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる □ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である □ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である	

〔以下、共通項目〕

☆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				4			
2				5			
3				6			

☆同居家族以外の近親者（1親等）の方をご記入下さい。　＊1親等の方がおられない場合は、2親等の方をご記入下さい。

	氏 名	年齢	続柄	住 所		氏 名	年齢	続柄	住 所
1					4				
2					5				
3					6				

☆連 絡 先

氏名	続 柄	住　所	電 話 番 号

☆ケアマネジャー、相談員からの意見（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）