

認知症対応型共同生活介護 グループホーム サンホーム桑才 入居選考調査票 (ケアマネージャー用)

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

ケアマネージャー 年 ネ ジ 月 ヤ 見 日 （記入日） 欄	事業所名		連絡先電話番号				
	担当ケアマネージャー氏名		職種				
	基本的評価基準						
		要介護度	認知症老人の日常生活自立度	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	I・II a・II b・III a・ III b・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% □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	点	
	【本人の心身の状況】			□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない			
	□常時の介護や見守りが必要である			□病院等の入所者で帰る家がない			
	□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			□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			
	□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			□その他()			
□多少の一部介助や見守りを必要とする			【住環境】				
□ほとんど自立による日常生活が可能である			□居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等)				
□その他()			□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある				
【介護者の状況】			□施設や病院から退所を求められている				
□介護者が全くいない			□その他()				
□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる			【参考項目】				
□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:)			・家族の負担感				
□介護者が遠隔地にいる			□介護疲れがひどい				
□介護者が近隣にいる			□殆どかかわっていない				
□同居の介護者がいる(人)			□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある				
□その他()			□在宅サービスの利用にて順調				
【在宅生活継続の可能性】			□在宅サービスの利用ないが順調				
□極めて困難			・意思疎通				
□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある			□慣れた人でも意思疎通は困難				
□検討の余地あり			□家族など慣れた人なら問題はない				
□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			□特に問題はない				
□その他()			・入所について				
【在宅生活に支障のある状況】			□強く拒否している □拒否傾向				
□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難			□意思確認が困難				
			□希望はしていないが同意している				
			□同意している □強く望んでいる				
【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	

入居申込書受付日		年 月 日		受付番号		入居日		年 月 日			
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	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	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% <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	認知症老人の日常生活自立度	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	I・IIa・IIb・IIIa・ IIIb・IV・M・該当なし	単身・ 介護者有	% <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】									

認知症対応型共同生活介護 グループホーム サンホーム桑才 入居申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の場合)	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入居申込施設名			

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)	
	氏名		男女		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5		
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください		
	自宅住所	〒		電話番号		
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 所在地 〒 - 入居又は入院期間 平成 年 月から(年 か月) 電話番号 ()				
	入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()				
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				
	在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無		
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月
	短期入所療養介護	日/月				

本人の状況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（1～3か月内） <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上（ ）年以内				
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：	担当ケアマネジャー名			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ） 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】				
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申し込んでいる（予定も含む）（ 箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ）（ ） 今後申し込む予定の施設名（ ）（ ）（ ） 特養待機期間（他施設も含む） 年 か月				
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） 計 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者の氏名		男・女	満歳		住所： 電話番号：（ ）
	意見等 (現状の介護で困っていることなど)	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)				
同居以外の親族・援助者の有無	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし					
その他						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。