特別養護老人ホーム 宍道楽苑　入所調査票（ケアマネージャー記入）

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 対象者		保険者	松江市
		被保険者番号	
現住所	〒　　－	電話番号	（　　）　　－

担当ケアマネージャー	事業所名	連絡先電話番号
		（　　）　　－
要介護認定日	認定期間	障害手帳
年　月　日	年　月　日 ～　　年　月　日	無 ・ 有（身障・精神・知的）

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 ☐ 認知症に伴う問題行動（　　）	
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		

障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J-1 ・ J-2 ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・ C-2
認知症高齢者の日常生活自立度	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居住環境の問題点、その他特別な状況

☆同居家族（いる方のみ記入してください）

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

☆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				

☆連絡先

	氏　名	続柄	住　所	連絡先電話番号
1				（　　）　－
2				（　　）　－
3				（　　）　－

ケアマネージャーからの意見（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）