照会番号								

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム皆楽園）入所調査票①（介護支援専門員が記入のこと）

入所申込者（本人）氏名		被保険者番号	
記入日	令和　　年　　月　　日	保険者	市

注）「※」欄は、記入しないでください。

事業所名			電話番号	
担当介護支援専門員氏名		印	職種	

要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合　計
□1・□2 □3・□4・□5	□正常・□Ⅰ・□Ⅱa・□Ⅱb・ □Ⅲa・□Ⅲb・□Ⅳ・□M	□単身 □介護者有	※　　％ □未利用 □入所（入院）中	※ 点
※　　点			※　　点	

【本人の心身の状況】
□常時の介護や見守りが必要である　□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
□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　□多少の一部介助や見守りを必要とする
□ほとんど自立による日常生活が可能である
□その他（　　）

【介護者の状況】
□介護者が全くいない　□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる
□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）　□介護者が遠隔地にいる　□介護者が近隣にいる
□同居の介護者がいる（　　人　）
□その他（　　）

【在宅生活継続の可能性】
□きわめて困難　□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある　□検討の余地有り
□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
□その他（　　）

【在宅生活に支障のある状況】
□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難　□十分なケア（ナイトケア等）が受けられない
□施設や病院等の入所（入院）者で帰る家がない　□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
□その他（　　）

【住環境】
□住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭いなど）　□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある
□施設や病院等から退所（退院）を求められている
□その他（　　）

【参考項目】
・家族の負担感　□介護疲れがひどい　□ほとんどかかわっていない　□在宅サービスを利用して何とか　□在宅サービスの利用により順調　□在宅サービスの利用ないが順調
・意志疎通　□慣れた人でも意思疎通は困難　□家族など慣れた人なら問題はない　□特に問題はない
・入所についての本人の意志　□強く拒否している　□拒否傾向　□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

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 介護 3 以下は※印を詳細に記載	※認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態 ※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、且つ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態
家族の介護負担感及び 介護 3 以下は※印を詳細に記載	※家庭等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態
住環境の状況	
その他	

照会番号								