

ユニット型・地域密着型特養 四宮三養苑 入所選考調査票（ケアマネージャー用）

[illegible]

ケ ア マ ネ ジ ャ ー	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（特例入所対象）	・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	
年 月 日 — 記 入 日 欄	意 見 欄	【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・障がい・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】 ☐ 極めて困難 ☐ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地あり ☐ 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 ☐ 病院等の入所者で帰る家がない ☐ 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】 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等） ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院から退所を求められている ☐ その他（ ） 【参考項目】 ☐ 家族の負担感 ☐ 介護疲れがひどい ☐ 殆どかかわっていない ☐ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある ☐ 在宅サービスの利用にて順調 ☐ 在宅サービスの利用ないが順調 ☐ 意思疎通 ☐ 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 ☐ 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			
【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 年 月 日 無			
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		% □未利用 □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】							
	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		% □未利用 □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】								

ユニット型・地域密着型特養 四宮三養苑 入所申込書兼台帳

申 込 者 連 絡 先 (家族等代理の方の場合)	氏名：		続柄
	〒		
	住所：		
	電話番号	自宅： 携帯：	

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			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 平成 年 月 日		

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							
	氏名		男 女	保険者(番号)						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)		被保険者番号						
	要介護度	1 . 2 . 3 . 4 . 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です □認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 □知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 □家族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況である。 □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。		要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日					
	障がいの程度	□療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) □精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)								
	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	□自宅で単身 □高齢者のみの世帯 □自宅で家族と暮らしている □他の施設や病院に入っている								
		施設・病院の名称		所在地	〒 -					
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 か月)		電話番号	()				
	入所申込理由	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他()								
本人の入所意向	☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否している ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難									

■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のこと
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。

入所申込みに係る同意書

ユニット型・地域密着型特養 四宮三養苑 入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- ☐ 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- ☐ 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- ☐ 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 住所：_____

氏名：_____ 印

家族等代理の方 住所：_____

氏名：_____ 印
続柄（ ）

主たる介護者の方 住所：_____

氏名：_____ 印
続柄（ ）