特別養護老人ホームかんどの里　入居調査票（ケアマネージャー記入）

対　象　者		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

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の有無（　　）	
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	
入居・入院中の状況	□ 居宅生活が困難な為、他の介護保険施設等に入居・入院している	
合　　計		

障害老人の日常生活自立度	自立・Ｊ－１・Ｊ－２・Ａ－１・Ａ－２・Ｂ－１・Ｂ－２・Ｃ－１・Ｃ－２
認知性老人の日常生活自立度	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、その他の特別な状況

☆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				5			
2				6			
3				7			
4				8			

☆近親者の状況　　（同居家族のいない方のみ記入してください）

	氏　　名	年　齢	続　柄	住　　所
1				
2				
3				
4				

☆連　絡　先

	氏　　名	続　柄	住　　所	電　話　番　号
1				
2				
3				
4				

ケアマネージャーからの意見（施設入居の必要性・緊急性について、状況の詳細を記入してください）