

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 ジ ヤ 日 （ 記 入 日 ） 欄	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	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						
	意 見 欄	【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	

入所申込書受付日		年 月 日		受付番号		入所日		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	% □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】							
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	% □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】							