

(浜田圏域版1)

申込日 令和 年 月 日

対象者氏名			被保険者番号																						
現住所	Tel										保険者番号														
担当ケアマネジャー名											連絡先電話番号：														
事業所住所	〒																								
事業所名																									
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：有（自傷行為・せん妄・不穏興奮・大声・奇声・徘徊・異食） ・ 無																								
介護の必要性	☐ 8割以上10割		利用中のサービスの種類・状況																						
	☐ 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 (場所：)																								
合 計																									
障害高齢者の日常生活自立度			☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2																						
認知症高齢者の日常生活自立度			☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M																						
医療状況	☐ 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） ☐ 気管切開 ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ バルーン																								
	☐ ストマー ☐ ペースメーカー ☐ その他																								
	◇現在治療中の病名：																								
	◇病院名：										◇主治医														
	◇既往歴：																								

☆ 同居家族（いる方のみ全員を記入して下さい）

	氏 名	続 柄	年 齢	職 業		氏 名	続 柄	年 齢	職 業
1					4				
2					5				
3					6				

☆ 同居以外の近親者の状況（兄弟・子・孫等）

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

☆ その他の連絡先（近隣で連絡できる方）

	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	電話番号
1					
2					

☆ ケアマネジャーからの意見（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）

※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、その他特別な状況等
