

入所選考に関わる調査票（原則、担当介護支援専門員が記入）

様式 3

入所希望者氏名	基本評価
---------	------

入所希望者本人の状況等（該当するものにレ印をし、（ ）には状況を具体的に記入してください。）

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者を含む家族全員が65歳以上か18歳未満 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが介護が困難な特別な事情がある（ ）
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 <input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等立地的に問題がある
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1, 2, 3,
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 回） <input type="checkbox"/> 通所リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 短期入所生活（月 日） <input type="checkbox"/> 短期入所療養（月 日） <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（週 日） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週 日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <現在治療中の病気や既往歴など>
経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
在宅生活継続の可能性	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり（ ） <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他（ ）
そ の 他	