

入居選考に関わる調査票

(記入 担当介護支援専門員氏名【

】様式2

入居希望者氏名	
----------------	--

入居希望者本人の状況等(該当するものは□に印をし、()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で特別な事情がある。()
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭いかつ住宅改修困難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
身体的状況及び 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. 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
現在治療中の 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"/> 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"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 【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"/> 介護者との人間関係や介護技術が支障有 <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"/> 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"/> 検討の余地あり() <input type="checkbox"/> その他()
地域性(家族の居住)	<input type="checkbox"/> 城陽市 <input type="checkbox"/> 隣接市町村 <input type="checkbox"/> その他京都府下 <input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 家族なし
本人の意思	<input type="checkbox"/> 当施設を希望する具体的理由がある()
その他	

同意書

今般、特別養護老人ホーム ビハーラ本願寺が入居(入所)審査をすに
あたり、保険者が当該施設に対して私の日常生活自立度についての情
報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者番号

氏 名

⑩

*日常生活自立度:要介護認定の二次判定の際に用いられる認知症日常生活自立度判定基準