



## 神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票

対象者	被保険者番号						
-----	--------	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ氏名：		事業所名：			連絡先電話番号：				
担当ケアマネ記入欄	年 月	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計	
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	有・無	%	年 月			
		点		点	点	点	点		
意見：									

※ 「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。  
 ※ 「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。

(要介護1・2のみ) 担当ケアマネ記入欄	(該当するものすべてを選んでください) 特例入所申込み該当する事由	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられるため。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られるため。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であるため。(市に報告されているものに限る) <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護 サービスや生活支援の供給が不十分であるため。
※□にチェックを入れ、[ ]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。		

入所申込書受付日： 年 月 日		入所決定日： 年 月 日							
施設記入欄	年 月	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計	
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	有・無	%	年 月			
		点		点	点	点	点		
意見：									

## A D L の 状 況

氏名( )

記録担当者( )

年 月 日 現在

既往歴・ 現病歴等	既往歴	
	現病歴	
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( )
	特記事項	
歩行	独歩・杖使用・歩行器使用・シルバーカー使用	
	特記事項	
移動・ 移乗等	車椅子	(自立・見守り・一部介助・全介助)
	移乗	(自立・見守り・一部介助・全介助)
	立ち上がり	(自立・見守り・一部介助・全介助)
	特記事項	
排泄	自立・声掛け・見守り・一部介助誘導(昼間・夜間)・全介助(昼間・夜間)	
	尿意	(有・無)
	便意	(有・無)
	特記事項	
衣類の 着脱	自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
	特記事項	
入浴	自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
	特記事項	
会話	意思疎通	(概ね可能・何とか可能・不可能)
	特記事項	
食事	自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
	糖尿食・減塩食	
	特記事項	
精神状態	記憶障害	有( )・無
	見当識障害	有( )・無
	被害妄想	有( )・無
	帰宅願望	有( )・無
	特記事項	
その他の 対応方法		