

寿楽荘入所申込者評価基準に係る意見書

平成 年 月 日作成

入所申込者 (本人)	氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日
	住所				TEL			
被保険者番号								
身元引受人 (連絡先)	氏名				続柄			
	住所				TEL			

ケアマネージャー記入欄

事業所名		担当者名	
住所・連絡先	(TEL)	(FAX)	

評価基準

要介護度	日常生活自立度	知的障がいの有無	精神疾患(障がい)の有無
1・2・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

認知症、知的障がい、精神障がいに伴う症状や行動障害の頻度

頻度 毎日 週4~5回 週3~1回 月1回

具体的な症状・行動障害()

在宅サービスの 利用率 利用内容	利用率	%	<input type="checkbox"/> 未利用	<input type="checkbox"/> 入所・入院中
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <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			

介護者の状況

- 身寄りがいないなど介護する者がいない
- 介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは、病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が困難
- 介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難
- 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
- 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難
- 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難
- その他 ()

虐待(疑)の有無 有 無

介護者の具体的状況(本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況など)

認知症対応型共同生活介護又は、特定施設入居者生活介護の入居者

待機年数 5年以上 4年以上 3年以上 2年以上 1年以上 1年未満

身体状況等について

- 歩行...自力で可 一部介助 全介助 杖を使用 車椅子を使用
- 食事...自力で可 一部介助 全介助 普通食 特別食()
- 入浴...自力で可 一部介助 全介助
- 排泄...自力で可 一部介助 全介助 オムツ リハビリパンツ 尿取りパッド
- 視力...問題なし 日常生活に支障あり()
- 聴力...問題なし 日常生活に支障あり()

その他特記事項(特別養護老人ホームでの対応が必要であると判断される内容)

医療的管理の状況

- 経管栄養(鼻腔・胃ろう) 吸引 褥瘡 バルーンカテーテル 在宅酸素 糖尿病 人工肛門
- IVH 人工呼吸器 末期がん 気管切開 人工透析 その他()

特別養護老人ホーム 寿楽荘

要介護1及び2の方で入所を希望する場合、上記意見書について、八戸市へ情報提供することに

同意する 同意しない 平成 年 月 日 入所希望者氏名

代筆者氏名 続柄()