（様式2）　　介護支援専門員の入所調査票 （介護支援専門員記入用）

担当ケアマネージャー名	所属事業所名	連絡先電話番号

ふりがな		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
入所申込者氏名		介護保険被保険者番号	

	項　　目	評 価 基 準	点 数
共通項目	1、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	
	2、介護の必要性	□8割以上10割　□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	
	3、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	
	4、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	
		合　計	
	5、日常生活自立度	自立 ・ J-1 ・ J-2 ・A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・C-2	
	6、認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	
	7、介護者の休止や緊急入院、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		
要介護12の方のみ	8、考慮事項 「特例入所」	□認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる	
		□知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる	
		□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・安心の確保が困難な状態である	
		□単身世帯である、同居家族が高齢者または病弱であるなどにより家族など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	

〈 以下共通項目 〉

☆同居家族（いる方のみ記入して下さい）

	氏　名	年齢	続柄		氏　名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

☆近親者の状況（同居家族のいない方のみ記入して下さい）

	氏　名	年齢	続柄		氏　名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

☆連絡先

氏　名	年齢	続柄	住　所	電話番号

☆ケアマネージャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性などについて、状況の詳細を記入してください）