

記入日： _____

入所申込者評価基準に係る意見書

| | | | | | |
|--|--|----------|--------------|---------------|---------|
| 入所申込者（本人）氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | |
| 被保険者番号 | | | | | |
| 介護支援専門員等記入欄 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | | | |
| 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 | □ 有 □ 無 | | □ 有 □ 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 在宅サービスの利用内容 | 利用率： _____ % □ 未利用 □ 入院・入所中 | | | | |
| | <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看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能多型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 介護者の状況 | | | | | |
| □身寄りがいない等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等の状況により介護ができない | | | | | |
| □介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障がいを有する等の状況にあり、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等、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 | | | | | |
| 【介護者の具体的状況（本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況等）】 | | | | | |
| 虐待（疑）の有無 | □ 有 □ 無 | 医療行為 | □ 有（ _____ ） | | |
| 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 | □車いすを使用 | |
| 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（ _____ ） | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | |

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 _____ 年 月 日 入所希望者氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄（ _____ ）