

【別紙 1】

【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】

[illegible]

基本動作について留意点などありましたら併せてご記入ください。									
歩行・移動	自立 ・ つたい歩き ・ 車椅子（自立・介助）			行動範囲	屋外 ・ 家の中 ・ 部屋の中 ・ ベッド周り				
	歩行状況				転倒	無 ・ 有 （時々 ・ 頻回）			
食事	箸 ・ スプーン ・ 他（ ）			睡眠境・住環境	寝具 （ ベッド ・ 布団 ）				
	状況				良眠 ・ 時々眠れない ・ 不眠				
入浴	個浴（自立 ・ 介助）・機械浴・シャワー浴・清拭			排泄	おむつ ・ 尿取りパットの使用（常時・夜間のみ）				
	状況				状況				
現在特に困っていることがありましたらご記入下さい。									
家族・親族等の状況	世帯等の形態	☐ 自宅では一人で暮らしている ☐ 自宅では高齢者のみで暮らしている ☐ 自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている							
	近隣家族の有無	☐ 近隣に家族はいない ☐ 近隣に家族がいる ☐ 敷地内、隣、道路向かいに家族がいる ※「家族」：2親等 ※概ね車で30分以内							
	同居家族及び近隣家族の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居・別居	要介護	障害	複数介護
※「要介護」：要介護1以上 ※「障害」：身障手帳3級以上、療養手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」：複数人の家族を介護、看護、または未就学児の育児中 介護 ・ 看護 ・ 育児を受けている方の氏名									
家族図	男性□ 女性○ 亡くなっている場合■・● 同居者は線で囲む								

主たる介護者の状況	フリガナ					性別		入所希望者との関係			
	氏名					□男 □女		□配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □その他()			
	住所	〒						年齢			
								歳			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日				電話 介護度	□支1 □支2 □1 □2 □3				
	介護者の障害等の状況	精神障害者 保険福祉手帳	等級	療育手帳	程度	身体障害者 手帳	種 級				
手帳に記載されてある障害等名()											

以下は記入しないで下さい

【居宅介護支援事業所記入欄】※施設(老健・療養型等)へ入所している場合は、施設関係者がご記入ください。

事業所名及び担当		事業所住所及び連絡先	
		〒	
担当:		電話	
世帯・介護者の状況(※住民票上ではなく、事実上の自宅での同居の状況)		近隣の家族の状況	子供
□一人で生活している □住宅で生活している □本人は現在施設 □高齢者のみの世帯(介護者の場合 □後期高齢者 □前期高齢者) □同居者は寝たきり等のみで入居希望者の介護は事実上不可能 □介護者が障害者・要介護者、且つ複数介護・看護している □介護者が障害者・要介護者 □介護者が複数介護・看護している □本人は現在施設 □家族と同居(※高齢者世帯以外) □同居者は寝たきり等のみで入居希望者の介護は事実上不可能 □同居者は、障害者・要介護者且つ複数介護・看護・育児の介護者と、これらを受ける方のみ □同居者は、障害者・要介護者の介護者のみ □同居者は、複数介護・看護・育児の介護者と、これらを受ける方のみ □配偶者(介護者)のみ □未婚の子(介護者)のみ □介護者が、複数介護・看護・育児しているが、これらを受けない同居者がいる □上記以外の家族と同居者 □本人は現在施設		□近隣の家族なし □近隣の家族がいる(隣接等以外) □障害・要介護者のみ □後期高齢者のみ □複数介護者のみ □上記以外 □隣接等に家族がいる(隣接等:敷地内、隣、道路向かい) □障害・要介護者のみ □後期高齢者のみ □複数介護者のみ □上記以外 □本人は在宅以外	□有 □無
備考(特別な事があればご記入してください。)			
記入者	□在宅ケアマネ □施設ケアマネ □民生委員 □主治医 □その他()		

【記入欄】

要介護度				要介護3以上に認定されてからの期間	年 ヶ月	
障害高齢者自立度				認知症高齢者自立度		
受付No	受付年月日	令和 年 月 日	判定年月日	令和 年 月 日		
個別評価項目基準点						
要介護度	自立度	待機場所	世帯状況	近隣状況	子供有無	認定期間
点	点	点	点	点	点	点
在住年数	合計点	判定結果				
点	点					