

入所申込者 氏名		所属事業所名	TEL
入所申込者 住所	TEL	介護支援専門 員等氏名	

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 本人の状態

ア 要介護度： 要介護度 1・2・3・4・5

イ 認知症の有無： 認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

ウ 行動障害等の有無： 有（内容： ） ・ 無

エ その他（入浴、排泄、食事、基本動作等 ADL について具体的事項など）

[]

2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

ア 在宅サービスの利用状況（直近1ヶ月の在宅サービス利用状況）

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
単位	単位	単位	単位	単位
訪問入浴	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	福祉用具貸与	その他()
単位	単位	単位	単位	単位

イ その他（居所の状況、本人の現在の生活に対する訴え等）

[]

3 家族・介護者等の状況

ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

[]

イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

[]

ウ 主介護者以外の家族等の協力状況

[]

エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

[]

オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

[]

4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

現在の状況で継続可能

在宅サービスの追加等で継続可能

在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

[]

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。