

令和 年 月 日現在

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、認知症の周辺症状など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】

※入所の緊急性（数字を○で囲んでください）

【 緊急性が高い ← 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 → 緊急が低い 】

※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。