

要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書

施設長あて

資 格

意見書作成者 \_\_\_\_\_ 印 ( \_\_\_\_\_ )

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属事業所等 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

次の特別養護老人ホーム入居申込者について、川崎市特別養護老人ホーム入退居指針の規定に基づき意見書を提出します。

本人氏名	生年月日	年	月	日
介護保険被保険者番号	住所			

特例入居要件該当有無(複数可)	<input type="checkbox"/> ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
	<input type="checkbox"/> ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
	<input type="checkbox"/> ③ 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・安心の確保が困難である。
	<input type="checkbox"/> ④ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
	<input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。
特例入居要件に該当する理由・症状等	

生活歴・生活状況			家族構成等	(*)同居範囲、キーパーソンを明記
	在宅(又は現在の施設等)での介護期間	年		

医療の状況	【病歴】			
	【医療的ケアの要否】 <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ※インスリン注射の場合    注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 服薬管理への切り替えの検討有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)	障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2

要介護認定情報	要介護区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	認定期間	年 _____ 月 _____ 日 ~ 年 _____ 月 _____ 日
介護者の状況	要介護・要支援認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	心身の障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	その他疾病有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

現在利用しているサービス (*)種類・頻度を明記	介護保険制度				
	居宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 100%以上	<input type="checkbox"/> 80%以上	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 60%未満
	介護保険制度以外				

その他特記事項	
---------	--