

特別養護老人ホーム バンデ（絆） 申込み時間き取り内容

入居申込者(本人) 氏名		被保険者番号												
受付番号		保険者番号												

意見欄	<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が全くいない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障がい・疾病・就労・その他（ ））</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる（ 人）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/> 極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 検討の余地あり</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難</p>	<p><input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等) が受けられない</p> <p><input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>【住環境】</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>【参考項目】</p> <p>・ 家族の負担感</p> <p><input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい</p> <p><input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・ 意思疎通</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難</p> <p><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題はない</p> <p>・ 入居について</p> <p><input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向</p> <p><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している</p> <p><input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる</p>
	<p>【特記事項】</p>	

主 た る 介 護 者 の 状 況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 () 計 人			
	(フリガナ)		性 別	年 齢	本人との 関係 続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所: 電話番号: ()
	主たる 介護者の 氏名		男 ・ 女	満 歳	
	意見等 (介護等 で困って いること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)			
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし				

基本的評価基準				
	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
	3・4・5	<ul style="list-style-type: none"> ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・その他の世帯 	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所	点
	1・2 (特例)			
点数		点	点	点