

# 特別養護老人ホーム甲府城南ケアセンター入居申込(ケアマネジャー記入)<sup>01版</sup>

対象者		被保険者番号							
現住所			電話番号						
担当ケアマネジャー	事業所名		連絡先電話番号						

本人の状況	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：症状（ ）		
在宅介護期間	年	キーパーソン	続柄（ ）
介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上10割 <input type="checkbox"/> 5割以上8割未満 <input type="checkbox"/> 5割未満		
家族の状況			
入院・入所中の状況			
本人の入所に対する意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 否定している		
	<input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解できない		

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

## 家族構成

	氏名	年齢	続柄	住所
1				同居 ・ 別居
2				同居 ・ 別居
3				同居 ・ 別居
4				同居 ・ 別居
5				同居 ・ 別居
6				同居 ・ 別居

ケアマネジャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入して下さい）