ショートステイ　甲府城南ケアセンター入居申込(ケアマネジャー記入)

01版

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	要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５		
	認知症状　□無　□有：症状（　　）		
在宅介護期間	年	キーパーソン	続柄（　　）
介護の必要性	□　8割以上10割　□5割以上8割未満　□5割未満		
家族の状況			
入院・入所中の状況			

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

ケアマネジャーからの意見