

様式 3

入 所 希 望 者 氏 名		基 本 評 価	
---------------	--	---------	--

入所希望者本人の状況等（該当するものにレ印をし、（ ）には状況を具体的に記入してください。）

介護者の状況	☐ 単身 ☐ 介護者を含む家族全員が65歳以上か18歳未満 ☐ 介護者はいるが介護が困難な特別な事情がある（ ）
住宅の状況	☐ 立ち退きを迫られている ☐ 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 ☐ 十分な居宅サービスを受けられない等立地的に問題がある
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1, 2, 3,
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	☐ 訪問介護(週 回) ☐ 訪問入浴(週 回) ☐ 訪問看護(週 回) ☐ 訪問リハ(週 回) ☐ 通所介護(週 回) ☐ 通所リハ(週 回) ☐ 短期入所生活(月 日) ☐ 短期入所療養(月 日) ☐ 夜間対応型訪問介護(週 日) ☐ 認知症対応型通所介護(週 日) ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ その他()
医療の状況	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透 析 ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養 ☐ じょくそうの処置 ☐ カテーテル <現在治療中の病気や既往歴など>
経済的な事情	☐ なし ☐ あり()
在宅生活継続の可能性	☐ 極めて困難 ☐ これ以上居宅サービスを利用しても支障がある ☐ 検討の余地あり() ☐ 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる ☐ その他()
そ の 他	