

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

意見書作成者 資格 _____
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		昭和・大正・明治 年 月 日	
介護保険 被保険者番号		要介護度	住所		
特例入居要件該当有無 (複数可)	☐ 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。				
	☐ 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。				
	☐ 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。				
	☐ 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。				
	☐ 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】				
	☐ 該当なし ☐ ストーマのケア ☐ 酸素吸入のケア ☐ 気管切開のケア ☐ 点滴 ☐ 胃ろう等による栄養管理 ☐ インスリン注射 ☐ 喀たん吸引 ☐ 尿道カテーテル ☐ その他()				
	「インスリン注射」の場合 注射の回数 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前 服薬管理への切り替えの検討の有無 ☐ 有 ☐ 無				
日常生活自立度		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
認知症自立度		☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ IIA ☐ IIB ☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IV ☐ M			
介護者の状況	要介護・要支援認定		☐ 有 ☐ 無		要介護・要支援区分
	心身の障害		☐ 有 ☐ 無		障害等の種類
	その他疾病有無		☐ 有 ☐ 無		疾病等の種類
現在利用しているサービス	介護保険制度・介護保険制度以外		様式2のとおり		
	居宅サービス利用限度額割合		☐ 100%以上 ☐ 80%以上 ☐ 60%以上 ☐ 60%未満		
その他特記事項					