



ケアマネジャー記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
	日 (記入日)	家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		そ の 他	

入所申込書受付日： 年 月 日	受付番号		入所日： 年 月 日
-----------------	------	--	------------

施設 記 入 欄	年	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		月 日 (記入日)	1・2・3・ 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中
(評価すべき個別的事項等)						
施設 記 入 欄	年	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		月 日 (記入日)	1・2・3・ 4・5	正常・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	単身・ 介護者有	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中
(評価すべき個別的事項等)						