

(様式1)

特別養護老人ホーム ときの音色 入所希望者調査票

No.

申込者	ふりがな		申込受付日	年	月	日
	氏名		被保険者番号			
	生年月日		性別	男	女	
	住民登録地	都・道 府・県	市・ 町・村			
家族等の 連絡先	住所:		氏名:	電話:	()	
居宅介護支援事業所	事業所名:		担当ケアマネ:			
本人及び介護者の状況			該当に ○をつける	点数		
				1回目	2回目	3回目
				4回目	5回目	6回目
				年 月	年 月	年 月
要介護度	要介護5	40点				
	要介護4	40点				
	要介護3	20点				
	要介護2	10点				
	要介護1	5点				
認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動あり(要介護1~3のみ加算)			10点			
介護の必要性	①身体的理由又は認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動のための在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が、利用上限単位数の平均の					
	6割以上	30点				
	4割以上6割未満	20点				
	4割未満	10点				
②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)			20点			
家族等介護者の 状況	①単身	30点				
	②高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点				
	③介護者が就業中・複数の人を介護している等	10点				
合 計				点	点	点
入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃	備 考				

特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該 当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況	保険者市町 意 見	<input type="checkbox"/> 該 当
	<input type="checkbox"/> 非 該 当				<input type="checkbox"/> 非 該 当

他の特別養護老人ホーム への申込み状況	1 申し込んでいる	2 申し込んでいない
	(申し込んでいる場合の施設名)	

緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)	
総合評価	
調査票記入者	<p>私は、次の事項について施設より説明を受けました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所申込みから入所契約まで必要な手続及び入所に当たっての注意事項について ・入所順位決定法について ・入所の順位見直しについて <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 () 氏名</p>