

神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票

対象者		被保険者番号												
-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ氏名：		事業所名：				連絡先電話番号：			
担当ケアマネ記入欄	年 月	本人の状況（50点）			介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	%	年 月			
		点			点	点	点	点	
		意見：							

※ 「認定調査票（調査から3月以内のもの）(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。  
 ※ 「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。  
 ※ 必要に応じ、「障害福祉サービス受給者証(写)」か「障害程度区分(変更)認定通知書(写)」を添付してください。

(要介護1・2のみ) 担当ケアマネ記入欄	(該当するものすべてを該当する事由を選んでください)	<input type="checkbox"/>	認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、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みられるため。
		<input type="checkbox"/>	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ため。
		<input type="checkbox"/>	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ため。 (市に報告されているものに限る)
		<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護 サービスや生活支援の供給が不十分であるため。
		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、[ ]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。			

入所申込書受付日：		年	月	日	入所決定日：		年	月	日
施設記入欄	年 月	本人の状況（50点）			介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	%	年 月			
		点			点	点	点	点	
		意見：							