

(別紙様式2)

【要介護1・2 優先入所共通】

記入日 令和 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名													
	所在地	〒												
	担当者名					電話	()							
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日				施設記入欄			
	氏名					性別	男・女							
	住所					要介護	1・2・3・4・5							
						電話	() -							
	保険者					被保険者番号								
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー) ※記入者がケアマネ以外は記入	<input type="checkbox"/> いる				事業所名								
		<input type="checkbox"/> いない				担当者氏名				電話				
	医療状況	現在治療中の病名	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所)											
		医療機関名					担当医師名							
		入院・所の場合	ヶ月間				電話							
		医療機関住所												
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %								
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用									
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用											
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回程度利用											
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用											
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回程度利用											
<input type="checkbox"/> その他(種類:)		週	回程度利用											
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない														
居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()									
			<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居											
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院													
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)													
※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)														
認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 (<input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M)													
	<input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又ははない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明													
	<input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 (内容)													
<input type="checkbox"/> 特になし														
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)														

主たる介護者・家族の状況	主介護者の年齢・続柄	年齢 歳 続柄	施設記入欄
	介護者の介護負担	重 い やや重い 軽 い 負担なし	
	介護者の障害や疾病	無・有()	
	介護者の就労	無・有(職種等 日/週・ 時間/日)	
	他の要介護者	無・有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	
	介護者の育児、家族の病気	無・有()	
	介護者の介護の関わり方	介護拒否 非常に消極的 やや消極的 ふつう	
	他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度)	
	別居血縁介護協力	無・有(続柄 日/週程度)	
	近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり	
認知症であることにより、日常生活に支援を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態かどうか。 認知症による行動障害 <input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし			施設記入欄
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みられ、在宅生活が困難な状態であるか否か。			
家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・満足の確保が困難な状態であるか否か。			
単身世帯である。同居家族が高齢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十分に受けられないことにより、在宅生活が困難な状態であるか否か。			
その他、入所申込者の特例入所・優先入所・緊急入所にあたり、考慮すべき事項			