



## 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	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計	
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	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）			
	1・2・3・4・5	～ a・b以上	%	年 月				
	点		点	点	点			点
	意見：							
年	月							

「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」を添付して下さい。

「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）を添付して下さい。

入所申込書受付日： 年 月 日			入所決定日： 年 月 日					
施設記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計	
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	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）			
	1・2・3・4・5	～ a・b以上	%	年 月				
	点		点	点	点			点
	意見：							
年	月							
施設記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計	
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	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）			
	1・2・3・4・5	～ a・b以上	%	年 月				
	点		点	点	点			点
	意見：							
年	月							