

(様式2)

特別養護老人ホーム入所調査票

対象者						被保険者番号														
担当ケアマネジャー記入欄	担当ケアマネジャー氏名:					事業所名:					連絡先電話番号:									
	要介護度					介護者の有無					在宅サービス直近3ヶ月利用単位数									
	1・2・3・4・5					単身・介護者有					3ヶ月前			2ヶ月前			1ヶ月前			
	認知症					要介護度														
	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ					利用単位数														
年																				
月																				

※「認定調査票(写)」・「被保険者証を添付してください。」

施設記入欄	入所申込書受付日: 年 月 日					入所決定日: 年 月 日																			
	要介護度					認知症					介護者の有無					在宅サービス利用率					合計				
	1・2・3・4・5					正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ					単身・介護者有					%					点				
											点					点									
	要介護度					認知症					介護者の有無					在宅サービス利用率					合計				
	1・2・3・4・5					正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ					単身・介護者有					%					点				
											点					点									
	要介護度					認知症					介護者の有無					在宅サービス利用率					合計				
	1・2・3・4・5					正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ					単身・介護者有					%					点				
											点					点									
	年																								
月																									