

優先入所調査票

調査者氏名

調査日 (令和 年 月 日)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---------------------|----------|-------------------|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申込者 | ふりがな | | 申込受付日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | | | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 (施設に入所等している場合は施設名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等連絡先 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 _____ 続柄 () 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人及び介護者の状況 | | | 該当に点をつける | 摘要欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要介護 5 | 50点 | | 認定年月日 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 4 | 40点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 3 | 30点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 2 | 10点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 1 | 5点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況 | ひとり暮らしで、介護者がいない | 50点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 | 50点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 | 40点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 | 30点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 複数人を介護しているため、介護が困難 | 30点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護者が就学・就労又は育児をしているため、介護が困難 | 30点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記以外の状態で介護が困難 | 20点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設等に入所の状況 | 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設に入所 (介護付きの施設を除く) | 20点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、グループホーム、上記施設のうち介護付きの施設、病院に入所又は入院 | 10点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 市内 | 20点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 隣接市町内 | 10点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記①、②以外 | 0点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別な状況 | | 20点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 計 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 介護者による虐待、介護放棄等により、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合 | 150点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6か月以内に入所を希望しない者 | 0点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※裏面の摘要欄に調査内容を記入すること。

(裏面)

摘要 (調査の結果、入所において考慮すべきと判断した事項を記載)

(家族の構成を記載)

(参考)

| | | | |
|---------------|------|--|-----|
| 担当ケア マネジャー | 氏 名 | | |
| | 事業所名 | | TEL |
| 主 治 医 | 氏 名 | | |
| | 病医院名 | | TEL |