

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> ユニット型特養希望(居住費2,006円) <input type="checkbox"/> 従来型特養希望(居住費1,171円) <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※従来型個室は待機期間が長くなる可能性があります。			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:) (申込時期: 年 月 日)			
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()			
同居家族	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック) <input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:)				
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
※別途資料の提供を求める場合があります。

【要介護1～5共通】

記入日 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	()				携帯	()					
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	年 月 日(満 歳)				施設記入欄	
	氏 名	印				性 別	男 ・ 女					
	住 所					電 話	() -					
	保険者					要介護状態区分	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
	保険者番号					被保険者番号						
	要介護認定有効期間	年 月 日 ~				年 月 日						
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<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"/> 独居											
	<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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護医療院以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(<input type="checkbox"/> 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)												

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両 上肢/左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
入所申込者の身体状況等	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〕 <input type="checkbox"/> 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:)		
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 各自治体において必要と認められる事情 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				

【施設用】

【要介護1～5共通】

入所申込者評価基準表

評価項目	評価内容	申込者名		
		配点	項目別 点数配分	評価点
1 要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 ※特例入所の要件に該当し、特養以外での生活が困難な理由を別表2「指定介護老人福祉施設の特例入所に係る判断要件」により確認	5点	20点	
	<input type="checkbox"/> 要介護2 ※特例入所の要件に該当し、特養以外での生活が困難な理由を別表2「指定介護老人福祉施設の特例入所に係る判断要件」により確認	5点		
	<input type="checkbox"/> 要介護3	10点		
	<input type="checkbox"/> 要介護4	15点		
	<input type="checkbox"/> 要介護5	20点		
2 認知症の程度 〔Ⅱa以上を対象〕	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱa	5点	20点	
	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb	10点		
	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa	15点		
	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲb			
	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ	20点		
	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度：M			
3 介護者の状況	<input type="checkbox"/> 日中就労、家族との関係により介護が困難	15点	25点	
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・病気等で介護が困難	20点		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない	25点		
4 在宅サービスの利用率 ※直近3ヶ月平均利用率	<input type="checkbox"/> 2割以上4割未満	3点	10点	
	<input type="checkbox"/> 4割以上6割未満	5点		
	<input type="checkbox"/> 6割以上8割未満	8点		
	<input type="checkbox"/> 8割以上	10点		
5 その他特記事項	<input type="checkbox"/> 地域性(同一市町村内に他の施設がない・地理的条件で利用が困難等)【8点】	合計25点	25点	
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設や医療機関に入所(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難な場合【5点】			
	<input type="checkbox"/> 当該施設併設のショートステイの利用経験がある場合【5点】			
	申込みからの待機期間 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1年以上【3点】 <input type="checkbox"/>3年以上【5点】 <input type="checkbox"/>5年以上【7点】 			
合計評価点				

※1 各評価内容の点数は「項目別点数配分」欄の点数を上限とする。

※2 評価内容における配点は基準であり、それぞれの実情に応じて加点・減点できるものとする。

【施設用】

【要介護1及び2】

指定介護老人福祉施設等の特例入所に係る判断基準表

※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。

		申込者名	
項番	判断要件(特例入所要件)	申込者の状態	判定結果
1	要介護度	要介護〔 1・2 〕	
2	認知症であることにより、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見られ、在宅生活が困難な状態であるか否か。	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度〔Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M〕 <input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 	適 ・ 否
3	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、在宅生活が困難な状態であるか否か。	<input type="checkbox"/> 知的障害の等級〔B2・B1・A2・A1〕 <input type="checkbox"/> 精神障害の等級〔3級・2級・1級〕 <input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 	適 ・ 否
4	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・安心の確保が困難な状態であるか否か。	<input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 	適 ・ 否
5	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。	<input type="checkbox"/> 入所申込者の生活環境や介護者の状況、介護サービス・生活支援サービスの利用状況等 	適 ・ 否
6	地域の実情等を踏まえ、各自治体において必要と認められる事情であるか否か。	 	適 ・ 否
7	その他、入所申込者の特例入所にあたり、考慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 上記以外に特例入所を認めるべきやむを得ない事情・在宅生活の継続困難な理由等 	適 ・ 否
総合判定			適 ・ 否

※特例入所要件に当てはまると判断した場合は「適」を、当てはまらないと判断した場合は「否」を選択