入所手続きについてのご案内

　このたびは、特別養護老人ホーム宝塚あいわ苑入所のお申込をいただき、誠にありがとうございます。
『入所申込書』に必要事項を記入し、以下持参書類を揃えあいわ苑２階の事務所までお持ちいただくか、郵送にてご提出ください。記入方法、内容などでご質問等ございましたら、下記担当者まで連絡下さい。

【持参書類】

①　入所申込書
②　介護支援専門員等意見書（様式 2）
　　担当のケアマネージャーがおられたら、書いてもらってください。
　　入院中の方は、医療相談員の方に書いてもらってください。
　　また、直近三ヶ月分のサービス利用票・介護保険証の写しを添付ください。
③　ＡＤＬの状況確認表
④　診療情報提供書
⑤　認定調査票(基本調査)の写し
　　(市役所の介護保険担当課で発行してもらってください。)

※お願い

今回、ご提出いただきました『入所申込書』の内容に変更が生じましたら、お手数ですがその都度変更内容をご連絡ください。
(例　要介護度が変わった、老健施設に入所した、他の特養に入所が決まった等々)

【問い合わせ先】
特別養護老人ホーム宝塚あいわ苑
生活相談員　井上
施設ケアマネ　橋本
ＴＥＬ：0797-80-4165

（様式１）

特別養護老人ホーム　入所申込書

申込日：　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム
施設長　　様

入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市　・　町	
氏名		男・女	被保険者番号		
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日		要介護度	１　・　２　・　３　・　４　・　５	
認定有効期間	令和　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日		電話番号	（　　）	
現住所	〒　　－				

〔必要添付書類〕
①介護支援専門員等意見書（様式２）　②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　　期	早急　・　令和　　年　　月以降　　申込予定：　貴施設のみ　・　他にも申込む　　ヶ所（予定）					
現　　況	□ 1 自宅で一人で暮らしている。　□ 2 自宅で家族と暮らしている。　□ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「□3　老健等施設や病院に入っている。」に“✔”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇　施設名又は病院名： ◇　入所又は入院時期　：　　年　　月　　日から入所・入院している。					
入所希望理由（**要介護3～5の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　施設入所により安心した生活を送りたい □ 2　寝たきりなどにより、食事､排泄､入浴等日常生活全般に介助が必要 □ 3　認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □ 4　施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □ 5　介護者がいない、介護者が入院等で介護できない □ 6　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □ 7　利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □ 8　介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □ 9　住宅が介護に適さない（狭い､改修不可など） □10　住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） □11　その他の理由（具体的にお書き下さい） （　　）					
特例入所該当理由（**要介護１又は要介護２の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □ 2　介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □ 3　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日
	氏　名		男・女		電話番号	（　　）
	同居の区分	□　同居している　　□　別居している　　（住所：　　）				
	就労状況等	□就業中　□育児　□高齢　□疾病　□その他（　　）				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】				
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏名　　印					

【記載例】

特別養護老人ホーム　入所申込書

申込日：　平成　〇〇　年　××月　△△日

特別養護老人ホーム
施設長　　様

入所申込者

ふりがな	ひょうご　はなこ	性別	保険者	○ ○　　(市)・町	
氏名	兵庫　花子	男・(女)	被保険者番号	０１２３４５６７８９	
生年月日	明・大・(昭)　５ 年　３月　３日		要介護度	１ ・ ２ ・ (３) ・ ４ ・ ５	
認定有効期間	平成〇〇年　△月　×日　～　〇〇年　× 月 △日		電話番号	０７８　（×××）××××	
現住所	〒　６５０　－　００００ 〇〇市△△町×丁目〇－〇　　□□マンション１０１				

〔必要添付書類〕
① 介護支援専門員等意見書（様式2）　② 認定調査票（基本調査）（写）
③ 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名	兵庫　一郎	入所申込者との続柄	夫
住所	〒　　－ 現住所と同じ。	電話番号	（　　）

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　期	(早急)・平成　年　月以降		申込予定：(貴施設のみ)・他にも申込む　ヶ所（予定）			
現　況	□ 1 自宅で一人で暮らしている。 ☑ 2 自宅で家族と暮らしている。 □ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「□3　老健等施設や病院に入っている。」に“✔”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇　施設名又は病院名： ◇　入所又は入院時期　：　年　月　日から入所・入院している。					
入所希望理由（**要介護3～5の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　施設入所により安心した生活を送りたい □ 2　寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 ☑ 3　認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □ 4　施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □ 5　介護者がいない、介護者が入院等で介護できない ☑ 6　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □ 7　利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □ 8　介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □ 9　住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） □10　住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） □11　その他の理由（具体的にお書き下さい） （　　）					
特例入所該当理由（**要介護１又は要介護２の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □ 2　介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □ 3　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	ふりがな	ひょうご　いちろう	性別	本人との関係	生年月日	明・大・(昭)　３年　１月　１日
	氏　名	兵庫　一郎	(男)・女	夫	電話番号	０７８　（×××）××××
	同居の区分	☑ 同居している　□ 別居している　（住所：　　）				
	就労状況等	□就業中　□育児　☑高齢　□疾病　□その他（　　）				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。訪問介護サービスを受けているが、夜間は私が介護している。私自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。				
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 平成　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日　　氏名　兵庫　一郎　　印					

※１　「被保険者番号」「要介護度」「認定有効期間」：被保険者証の内容をご記入ください。

※２　「電話番号」：この入所申込に関し連絡を常にとることができる電話番号をご記入ください。

※３　必要添付書類の「介護支援専門員等意見書（様式2）」については、入所申し込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただいてください。
なお、施設・病院に入所・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合には、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等に作成していただいてください。

※４　入所申込を本人ではなく家族等が行なう場合には、申込代理者の欄もご記入ください。

※５　「時期」：入所希望時期や申込予定施設の数をご記入ください。
※６　「現況」：該当するもの、いずれかひとつに“✔”を入れてください。

※７　施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名、ならびに入所・入院時期をご記入ください。

※８　「入所希望理由」：要介護３～５に該当する入所希望者について、該当するものに“✔”を入れてください。（複数でも可）

※９　「特例入所該当理由」：要介護１又は２に該当する入所希望者について、該当するものに“✔”を入れてください。（複数でも可）

※10　「主たる介護者」：主に介護を行なっている方についてご記入ください。
また、同居、別居のいずれかに“✔”を入れてください。
施設や病院等に３ヶ月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。
３ヶ月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者をご記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合には空欄にしてください。
養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。

※11　「意見」：家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的にご記入ください。

※12　「同意書」：入所申込者、あるいは申込代理者が同意してください。
（代筆の場合は、代筆者の氏名を併記してください。）

（様式２）

記入日：　　年　　月　　日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名：

記載者

氏名：

所属：

職種：

電話：

※　この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

（1）　認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

□非常に多い　□時々ある　□少しある・稀にある　□なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

□幻視・幻聴　□昼夜逆転　□暴言暴行　□大声を出す　□介護に抵抗

□常時の徘徊　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□自傷行為

□性的問題行動　□その他(　　)

（2）　主たる介護者・家族等の状況

□身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。

□介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。

□介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。

□介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：　　)

□介護者が近隣にいる。

□同居の介護者がいる。(　　人)

□その他（　　）

（3）　主たる介護者の負担感

□介護疲れがひどい

□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある

□在宅サービスの利用にて順調

□在宅サービスの利用ないが順調

□殆ど関わっていない

（4） 在宅生活に支障がある状況

□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。

□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。

□施設や病院から退所(院)を求められている。

□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。

□その他（　　）

（5） 医療的処置の状況

□経鼻経管栄養　□胃ろう又は腸ろう　□在宅酸素　□インシュリン

□人工肛門　□カテーテル　□その他（　　）

（6） 障害者手帳の所持

①知的障害

○療育手帳の所持　□あり　□なし

○障害区分　□A　□B１　□B２

②精神障害

○精神障害者保健福祉手帳の所持　□あり　□なし

○障害区分　□１級　□２級　□３級

（7） 特例入所の該当理由（要介護１又は２と認定された入所申込者についてのみ記入）

□　認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡｂ以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。

□　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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。

□　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不十分であること。

（8） 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

（　　）

日常生活動作情報提供書（ADL表）

記入日：　　事業者名：
職　種：　　記入者：

氏名	様	男 女	歳	介護度:	身長: cm 体重: kg			
身体の状態	筋力低下	有・無 部位	軽・中・重	視力	正常 ・ 弱視 ・ 全盲	眼鏡	有・無	
	麻　痺	有・無 部位	軽・中・重	聴力	正常 ・やや難聴・難聴	補聴器	有・無	
	拘　縮	有・無 部位	軽・中・重	言語	正常 ・ 不明瞭 ・ ほとんど通じない			
	皮　膚	褥瘡: 有 ・ 無　部位:　程度:　現在の処置: その他の皮膚疾患: 有 ・ 無　(詳細:　)						
基本的な身体動作	寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(方法 :　)						
	起立動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(方法 :　)						
	立位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(方法 :　)						
	座位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(方法 :　)						
	移動 状態	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(方法 :　)						
	移動 方法	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖 ・ 押し車 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自操 ・ 要介助) ・ リクライニング						
	移　乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助　(1人介助 ・ 2人介助)						
日常生活動作	食事 介助	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		食　欲	有 ・ 無	嚥下	良・不良	
	食事 主食	パン ・米飯・おにぎり・全粥・ミキサー・ソフト・その他(　)						
	食事 副食	普通 ・一口大・刻み・ミキサー・ソフト・その他(　)						
	食事 食種	普通食　＜療養食＞ 糖尿食 ・潰瘍食・心臓食・腎臓食 ・その他(　)						
		(　Kcal)(塩分　)(たんぱく量　)(水分量　)						
	排泄 介助	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		失　禁	有 ・ 時々 ・ 無			
	排泄 昼間	トイレ誘導　ポータブル　オムツ　リハパン　パッド　布　尿器　バルーン		尿　意	有 ・ 無			
	排泄 夜間	トイレ誘導　ポータブル　オムツ　リハパン　パッド　布　尿器　バルーン		便　意	有 ・ 無			
	入浴 介助	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	入浴 種類	一般浴 ・ チェアー浴 ・ シャワー浴 ・ 特浴 ・ 清拭						
	更衣 上衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	更衣 下衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	整　容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		義　歯	上	(総義歯 ・ 部分義歯)		
	口腔保清	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			下	(総義歯 ・ 部分義歯)		
精神活動（周辺症状）	意思疎通	完全に通じる ・ ある程度通じる ・ ほとんど通じない		理解力	良 ・ 不良			
	意　欲	有 ・ 促しが必要 ・ 無 (　)						
	物忘れ	有 ・ 無 (　)	興奮・不穏	有 ・ 無 (　)				
	昼夜逆転	有 ・ 無 (　)	大声・奇声	有 ・ 無 (　)				
	徘　徊	有 ・ 無 (　)	不潔行為	有 ・ 無 (　)				
	暴言・暴力	有 ・ 無 (　)	異　食	有 ・ 無 (　)				
	幻聴・幻覚	有 ・ 無 (　)	介護抵抗	有 ・ 無 (　)				
	被害妄想	有 ・ 無 (　)	その他	有 ・ 無 (　)				
	睡眠状態	良好 ・ 不良　服薬: 有 (　) ・ 無						
疾患	視覚障害　右　左　白内障　緑内障							
備考	必要な看護処置　介護上の留意点							

特別養護老人ホーム宝塚あいわ苑

診療情報提供書（診断書）について

この度は、宝塚あいわ苑にお申込みいただきまして、誠にありがとうございます。

兵庫県の入所コーディネートマニュアルでは、特養入所申込時の診療情報提供書の提出は、必須条件ではありません。入所が確定もしていないにも関わらず、書類の作成に結構費用が掛かるからです。健康診断扱いになるため、健康保険が使えず、検査の費用が全て実費になってしまうため、最低でも１万円以上はかかるようです。

あいわ苑としましても、入所が不確定の段階での費用負担の強制は心苦しいので、同封の診断書の作成は強制はいたしません。その替わりに次のようにお願いさせていただいています。

苑としましても、入所判定の時の参考として、何らかの医療情報が欲しいと思っています。

≪お願い≫

① 様式にはこだわりませんので、本人の現疾病、既往歴等がわかる書類があれば、それで構いません。

② ①の書類が無ければ、同封の診療情報提供書に、主治医の先生がお手元に持っておられる情報を転記してもらってください。検査していない項目があれば、空白でも構いません。書けるところだけを書いてもらってください。

※それでも文書料としていくらかの費用は掛かってしまいますこと、ご了承ください。

③ 老健に入所中の方であれば、老健入所時に作成した診断書の写しでも構いません。作成時期は半年以内であれば有効にさせてもらっています。

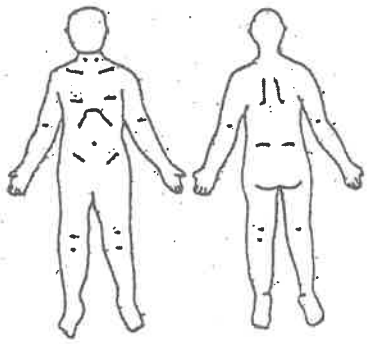
以上、お手数おかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

ご質問等ありましたら、施設ケアマネ橋本・生活相談員井上までお問合せください。

診療情報提供書

年　　月　　日

利用者氏名	性　別 男・女	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日	満　　歳
利用者住所			

既往歴及び現症（処置）	機能障害の部位
	
身　長　　cm　体　重　　kg　血　圧　　／	※褥瘡部位も記入願います

MRSA（＋・－）疥癬（＋・－）HBs（＋・－）HCV（＋・－）
その他感染症　無・有　　有の場合（　　）

精神の状態	認知症	無・有（軽度・中度・重度） 認知症老人日常生活自立度　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　M
	問題行動その他特記事項	
胸部X線		異常（無・有）所見
心電図		異常（無・有）所見

特記事項	投薬

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
医師名　　印

宝塚あいわ苑