

入居申込みの記入と提出書類について

(H30.8月改訂版)

施設	高山ちどり・萩の台ちどり・高山ちどり別館 [特別養護老人ホーム]			チエック欄
要件	要介護3～要介護5	特例要件	要介護1・要介護2	
提出書類	①	特列入居(申込)要件の確認書(※要介護1・2の方のみご記入下さい)		
	②	入居申込書兼台帳(※家族様をご記入ください)		
	③	入居選考調査票(※介護支援専門員の方がご記入下さい)		
	④	個人情報使用同意書(※ご本人か家族様をご記入下さい)		
	⑤	介護保険証・負担割合証・限度額認定証等のコピー (※介護保険に関する証書はすべてご添付ください)		
	⑥	認定調査票(基本調査・特記事項)と主治医意見書のコピー		
	⑦	直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)のコピー (※介護保険の在宅サービスをご利用の方のみ。入院・入所中の方は不要です)		
	⑧	その他、医療に関する客観的な情報(※下記参照)		

★ ③入居選考調査票について

⇒担当のケアマネジャーさん・支援相談員さん等に記入を依頼して下さい。

★ ⑥認定調査票(基本調査・特記事項)と主治医意見書のコピーについて

⇒生駒市介護保険課認定係で「要介護・要支援認定関係情報提供申出書」に必要事項を記入した上で入手され、当方に提出して下さい。

なお、生駒市以外の方につきましては、入手方法を最寄りの市町村にご確認下さい。

★ ⑧医療の客観的な情報について

⇒以下に関する資料があればご提出下さい。様式は問いません。全て揃わなくても結構です。また、上記⑥で「主治医意見書のコピー」をご用意いただいた場合は不要です。

・現在の疾患状況	今、かかっている病気について
・既往歴	今までにかかった病気について
・服薬内容	今、飲んでいる薬の情報
・感染症の有無	HCV(C型肝炎)、HBs(B型肝炎)、TPHA(梅毒)の感染症の有無
・血液検査の内容	直近で実施された血液検査の結果

[資料の例]

- 老人保健施設等に入所される際に提出された診療情報提供書のコピー
- 市町村等が実施する健康診断の結果のコピー
- 過去に医療機関で血液検査をされている場合、その検査結果のコピー
- 薬局でもらう薬剤情報(薬の写真や名前が書いてあるもの)や、おくすり手帳のコピー

★お申し込み後に介護度が変更となった場合は、新しい介護保険証等のコピー・認定調査票および主治医意見書のコピーを再度ご提出ください。

[入居のお申し込みに際して] ※要介護1・要介護2の方へ

平成27年度の介護保険制度改正に伴い、要介護1または2の方は、原則、特別養護老人ホームに入居することはできません。

但し、下記「特例入居の要件」に該当する場合は入居申込を行うことが可能です。該当する項目にチェックをつけて下さい。

なお、特例入居の要件への該当の有無に関しては、施設から保険者(市町村)に意見照会をした上で、特別養護老人ホームへの入居(申込)可否の意見をいただきます。

【特例入居(申込)の要件】 ※当てはまる項目にチェックをしてください

- 認知症がある者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思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たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- 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。

【参考】

「～今般、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第21項の改正と、それに伴う介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)の改正により、平成27年4月1日以降の施設への入所が原則要介護3以上の方に限定される一方で、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所(以下「特例入所」という。)が認められる。これらの運用に当たっては、透明性及び公平性が求められるとともに、特例入所の運用については、市町村による適切な関与が求められる。」

『指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について(老高発1212第1号/平成26年12月12日付)』より抜粋。

○グループホーム壱分町ちどり (認知症対応型共同生活介護)

【グループホーム入居】要件】

- 要支援2～要介護5の方
- 生駒市内に住所(住民票)をお持ちの方
- 認知症の診断を受けている方

※医療の必要性が高い方は、相談が必要となりますのでお問い合わせください。

標準様式 1

入居申込書兼台帳 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕 (2019年5月改訂版)

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
受付番号		担当者名	
申込希望施設	法人名	社会福祉法人 晋栄福祉会	
	入居申込施設名	<input type="checkbox"/> 高山ちどり (特養) <input type="checkbox"/> 萩の台ちどり (特養) <input type="checkbox"/> 高山ちどり別館 (特養) <input type="checkbox"/> 壱分町ちどり (グループホーム)	

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

ご希望の施設名に☑をご記入ください (複数選択可)

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)				
	氏名		男 女	被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要介護度	1・2		3・4・5		
	要介護認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	認定申請予定日	令和 年 月 日 ※未申請の方は記入してください				
	介護保険負担限度額	負担割合 (<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割) 負担限度額 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階)						
	自宅住所	〒		電話番号				
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 _____ 所在地 〒 _____ 入居又は入院期間 _____ 年 月 から (年 月) _____ 電話番号 _____ ()						
	入居申込理由 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 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なため <input type="checkbox"/> 認知症などにより、常時の見守り・介護が必要なため <input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護できないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居(遠方)等のため、介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが充分ではないため(夜間訪問看護など) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情(狭い・改修不可能・立地・地形上など)により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超える等、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()						
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難						
	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無				
申込日前月に利用中のサービス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月		
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月		
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月		
	短期入所療養介護	日/月						

本 人 の 状 況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（1～3か月内） <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上（ ）年以内			
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：	担当ケア マネジャー名		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設〔特養・老健・療養型・病院〕にも申し込んでいる（予定も含む）（ 箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ）（ ） 今後申し込む予定の施設名（ ）（ ）（ ） 特養待機期間（他施設も含む） 年 月			
	生活状況	移動・移乗	歩行・杖・歩行器・押し車・車椅子 ストレッチャー	介助	自立・一部介助・全介助
		食 事	主食/ 普通・粥・ミキサー（箸・スプーン）	介助	自立・一部介助・全介助
			副食/ 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ソフト・ミキサー		
		排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ （布パンツ・紙パンツ・パット）	介助	自立・一部介助・全介助
		入 浴	一般浴・チェア浴・特浴（機械浴）	介助	自立・一部介助・全介助
	身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない（メガネ/ 有・無）		
		聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない（補聴器/ 有・無）		
発 語		普通・やや不自由・不自由	身 長	cm	
理解力		普通・分かりにくい・分からない	体 重	kg	
精神状態		安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他 ）			
認知症		無・有（ ）			
問題行動		無・有（ ）			
健康状況	現疾患		既往歴		
	主治医	病院名 病院 / 医師名 Dr / TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ ）			
	感染症	無・有（ ）	アレルギー	無・有（ ）	
	皮膚刺激	普通・弱い（ ）	麻痺	無・有（ ）	
	便秘	無・有（服薬：無・有）	こうしゆく 拘縮	無・有（ ）	
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）	じょくそう 褥瘡	無・有（ ）	
	えんげ 嚥下	異常なし・むせる・つめる	湿疹	無・有（ ）	
	入れ歯	無・有（上・下・部分）	口腔清拭	不要・要（ ）	

主たる介護者の状況	家族構成	本人…◎ ◎ _____		自由記入欄	
	(フリガナ)		性別	年齢	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者の氏名		男・女	満歳	本人との関係 住所： 電話番号： ()
	就労状況等	就労中・共働き・育児・その他()			
	現状の介護で困っていること・悩みなど	※別の用紙にお書き頂いても結構です。			
	その他の介護者	無・有(子・兄弟・親戚・その他)			
本人の住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーター 有・無)			
	住宅改修	可・不可・改修済()			
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)			
入居の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。					
令和 年 月 日 氏名： _____					
同意欄	① 今後、指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕への入居申込者の状況を調査するため、氏名・生年月日・住所(居所)・入所希望時期について、県や保険者である市町村に報告することに同意します。 ② 法人内複数事業所に申し込んでいる場合は、入居(利用)決定に関する協議に必要となるため、同法人内各事業所間で情報を共有することに同意します。				
	令和 年 月 日 氏名： _____				

注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注2 入居のための待機中に、当施設以外の施設に入居が決定した場合、または要介護度や連絡先、介護保険の状況等について変更がありました場合は、速やかにご連絡をお願い致します。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入居申込書受付日		年 月 日		受付番号		入居日		年 月 日		
施 設 記 入 欄	年	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
		1・2	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村	点			
		3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	□未利用 □入院・入所中	圏域内、隣接市				
			点		点		点		点	
	月	【評価すべき個別の事項等】								
年	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計				
	1・2	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村	点				
	3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	□未利用 □入院・入所中	圏域内、隣接市					
		点		点		点		点		
月	【評価すべき個別の事項等】									
日 (記入日)										

標準様式 2

入居選考調査票 指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] (H30.8月改訂版)

入居申込者(本人)氏名		被保険者番号												
受付番号		保険者(番号)												

ケアマネジャー意見記入欄	事業所名		連絡先電話番号	
	担当ケアマネジャー氏名		職種	
	記入日： 年 月 日			
	<p>【本人の心身の状況】</p> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 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など経済的理由 <input type="checkbox"/> その他()		
<p>【介護者の状況】</p> <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 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:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他()	<p>【環境】</p> <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()			
<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他()	<p>【参考項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の負担感 □ 介護疲れがひどい □ 殆どかわわっていない □ 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 ・ 意思疎通 □ 慣れた人でも意思疎通は困難 □ 家族など慣れた人なら問題はない □ 特に問題はない ・ 入居について □ 強く拒否している □ 拒否傾向 □ 意思確認が困難 □ 希望はしていないが同意している □ 同意している □ 強く望んでいる 			
【特記事項】				

注1. 要介護1、要介護2の方のお申し込みの際は「特例入所(申込)の要件」に該当しているかを事前にご確認ください。

注2. 基本的評価基準については、裏面をご参照ください

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ・入居(利用)決定に関する協議に必要な場合。
(法人内複数事業所に申し込んでいる場合は各事業所間で情報を共有)
- ・事業者が、介護保険法等に関する法令に従い、施設サービス計画作成や施設サービスを円滑に実施するためのサービス担当者会議などを開催する等や主治医の連携のために必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、上記に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外に個人情報が漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記載しておくこととする。
- ・使用期間は契約締結日から契約終了日までとする。

3. 個人情報の内容

- ・基本情報(氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況など利用者や家族個人に関する情報)
- ・認定調査票(79項目および特記事項)、主治医意見書、認定結果通知書
- ・入退院時の関係機関の連携強化のための情報開示
- ・主治の医師や歯科医師、薬剤師に情報伝達が必要な利用者の口腔や服薬の状態等の情報について
- ・その他情報(サービスを提供するために必要なものに限る)

以上

令和 年 月 日

社会福祉法人 晋栄福社会 様

[利用者] 住所

氏名

印

[ご家族] 住所

氏名

印 (続柄)

[代理人] 住所

氏名

印 (続柄)

[本人の意思が確認出来ない場合は、代理人欄の記載が必要です]