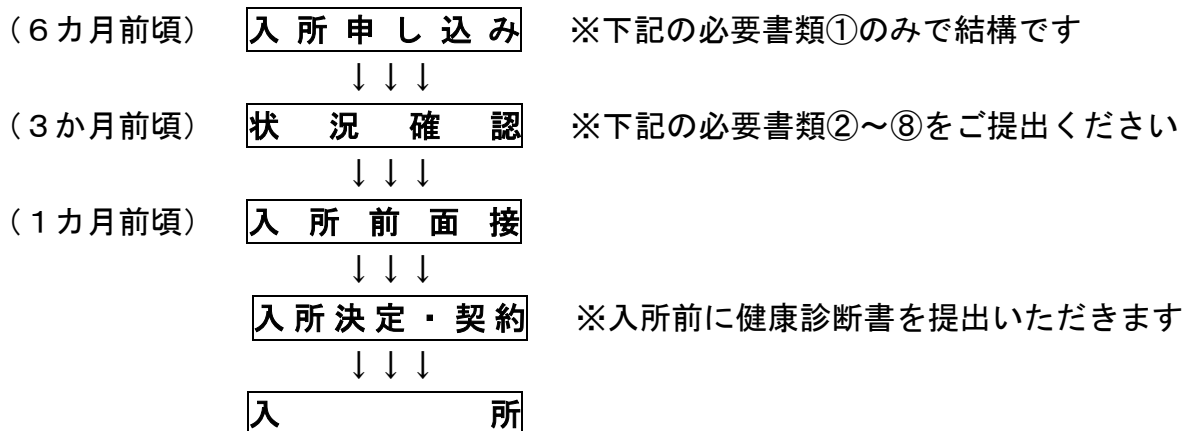


尼崎特別養護老人ホームラガール 入所申し込み案内

<入所までの流れ>



<お申し込みについて>

- ・上記の申込必要書類を郵送にてお申し込みください。
- ・兵庫県策定の入所コーディネートマニュアルに従い、入所の緊急性が高い方から入所が決定となりますので、ご理解いただいた上でお申し込みください。

<入所申込時に必要な書類>

- ① 特別養護老人ホーム 入所申込書
- ② 介護支援専門員等意見書
- ③ 状況調査票
- ④ 認定調査票（基本調査）の写し（市町の介護保険窓口にて受付）
- ⑤ 直近3ヵ月分のサービス利用票の写し
- ⑥ 直近3ヵ月分のサービス利用別表の写し
- ⑦ 介護保険者証の写し
- ⑧ 介護保険負担限度額認定証の写し（取得されている場合）

<入所申込書郵送・お問い合わせ先>

尼崎ラガール開設準備室

〒674-0094

兵庫県明石市二見町西二見685-8

社会福祉法人弘道福祉会

明石二見特別養護老人ホームラガール

TEL 078-942-9420

担当 上野裕

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

尼崎特別養護老人ホームラガール
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	明・大・昭 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）

申込代理人（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	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人暮らししている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らししている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	明・大・昭 年 月 日
	氏名	男・女		電話番号	()
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 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				

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	〇〇 市・町
氏名	兵庫 花子	男・女	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
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	0 7 8 (×××) ××××	
現住所	〒 6 5 0 - 0 0 0 0 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	〒 ー 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・他にも申込みヶ所（予定）		
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 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 方は、右記の該 当項目を全て選 んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input checked="" type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
	氏名	兵庫 一郎	男・女	夫	電話番号
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 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でください。
 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でください。

※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記入してください。

※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 B 1 B 2

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Ⅱ b 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)

()

状 況 調 査 票

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		自立・一部介助・全介助
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)		自立・一部介助・全介助
		副) 普通・一口大・ミキサー		自立・一部介助・全介助
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・オムツ		自立・一部介助・全介助
	入浴	介助浴・座浴・特浴		自立・一部介助・全介助
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー (介助) 要・不要			
身体状況	身長	cm	体重	kg
	視力	普通・見えにくい・見えない		
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		
	発語	普通・やや不自由・不自由		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		
健康状況	現疾患		病歴	
	主治医		TEL	
	医療の状況	経管栄養・胃瘻・カテーテル・人口肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()		
	感染症	なし・あり()	アレルギー	なし・あり()
	皮膚刺激	普通・弱い	麻痺	なし・あり()
	便秘	なし・あり(服薬:あり・なし)	こうしゆく 拘縮	なし・あり()
	睡眠	良・不良(服薬:あり・なし)	じょくそう 褥瘡	なし・あり()
	えんげ 嚥下	異常なし・むせる・つめる	湿疹	なし・あり()
入れ歯	なし・あり(上・下)	口腔保清	要・不要()	
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーターあり・なし)		
	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が なし・あり(送迎・訪問・その他)		

【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。