

## 書類提出のご案内

拝啓 いつもご愛顧賜り誠に有難うございます。

さて、『特別養護老人ホーム カラー尼崎』ご利用に際しましてのお申込・事前面接をできるだけスムーズに運ばせていただきますために、事前に下記の書類のご提出をお願い申し上げます。

なお、当施設は全館禁煙となります。ご入所中は、喫煙されておられる利用者様にも禁煙をお願いいたしますので、ご了承下さい。

お忙しい中誠に恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

### < 提出書類 >

1. 利用申込書
2. アンケート用紙（わかる範囲で結構です）
3. 介護保険被保険者証の写し（申請中の方は、資格者証の写し）
4. 診療情報提供書（主治医に記入してもらってください）

※ 診療情報提供書については面接時にご用意いただければ結構です

5. 特別養護老人ホーム 入所申込書

### < 送付先 >

〒661-0983 兵庫県尼崎市口田中 1-16-2

特別養護老人ホーム カラー尼崎

TEL : (06)6499-1156

FAX : (06)6499-1106

\*ご送付は、郵送・FAXのどちらでも結構です。

地域密着型介護老人福祉施設 カラー尼崎 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな			性別		M					
利用者氏名			男・女	生年月日	T				年 月 日 ( 歳)	
利用者住所	〒				S					
ふりがな			申込者住所	〒						
申込者氏名	続柄( )								電話・携帯等 ( )	
希望サービス	①入所		利用希望	今すぐ利用希望						
	②短期入所		時期	年 月 日から利用希望						
利用希望の理由及び目的										
	主な疾患名 及び病状									
介護保険負担限度額認定証			第1段階		第2段階		第3段階		第4段階	
要介護区分	申請中・要支援( )・要介護( )				認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
居宅介護支援事業所	事業所名				担当ケアマネジャー名					
	TEL	( )								
主治医連絡先	医院名				担当医師名					
	TEL	( )								
現在の状況	①自宅(同居者 有・無) ②入院中(入院先 ) ③施設入所中(施設名 ) ④その他( )									
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤め先・携帯電話等)						
退所後の状況	(ア)在宅復帰 1. 自宅 2. その他( ) (イ)施設 1. 特別養護老人ホーム 2. グループホーム 3. 有料老人ホーム (ウ)未定									
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ <input type="checkbox"/> 車いす(有り・無し) <input type="checkbox"/> エレベーター(有り・無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段(有り・無し) (杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー) <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> その他									

社会福祉法人 甲有会 地域密着型介護老人福祉施設 カラー尼崎  
 〒661-0983 兵庫県尼崎市口田中1-16-2  
 TEL 06-6499-1156 FAX 06-6499-1106

平成20年2月1日

# 《 アンケート用紙 》

わかる範囲で結構ですので、□にチェック及び空欄にご記入ください。

## 1. ご利用者について

○氏名 \_\_\_\_\_ ○身長 \_\_\_\_\_ cm ○体重 \_\_\_\_\_ kg

## 2. 相談者について

○氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 : \_\_\_\_\_) (年齢 : \_\_\_\_\_ 歳)

○住所 \_\_\_\_\_ ○電話番号 \_\_\_\_\_

## 3. 入所後の緊急連絡先について

※入所に際しお問い合わせをさせて頂くこともございますので、必ずご記入下さい。

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 4. 同居されていないご親族について (上記3以外の方)

※お子様、もしくはお近くでお世話していただいているご親戚の方等をご記入下さい。

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 5. 既往歴について ※今までにかかった病気やけがについてご記入下さい。

その病気、けがで手術をされた場合は、□にチェックをして下さい。

① 病名 \_\_\_\_\_ 発症時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 □ 手術をした

② 病名 \_\_\_\_\_ 発症時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 □ 手術をした

③ 病名 \_\_\_\_\_ 発症時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 □ 手術をした

## 6. 現在服用されている薬名をご記入下さい。

( \_\_\_\_\_ )

7. 現在の状況について ※現在のご本人様の状況で、該当する□にチェックをして下さい。

- 入院中 病院名 \_\_\_\_\_  
入院された日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 退院予定日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- 施設入所中 施設名 \_\_\_\_\_  
入所された日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 退所予定日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- 自宅療養中

8. 在宅サービスの利用状況について

※ご利用になられたことがあるサービスにチェックをして下さい。

- ショートステイ  ディケア  ディサービス  訪問介護  訪問看護
- 訪問入浴  ホームヘルパーの派遣  福祉用具レンタル・購入
- 訪問リハビリ  住宅改造

9. 現在のお体の状況について ※該当すると思われる数字を○で囲んで下さい。

<移動方法について>

- 1 一人で歩くことができる。
- 2 手すり等があれば、一人で歩くことができる。
- 3 杖を使って一人で歩くことができる。
- 4 手を引いてもらったり、そばに付き添ってもらおうと歩くことができる。
- 5 歩行器を使って一人で歩くことができる。
- 6 車椅子に乗って、自分でこいで移動できる。
- 7 車椅子に乗って、介助される方が押して移動している。
- 8 目が不自由なため、配慮が必要である。

<日中の様子について>

- 1 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時も横になっている。
- 2 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時だけ座っている。
- 3 寝ていることが多い。
- 4 椅子等で、2～3時間座って過ごしている。
- 5 椅子等で、5～6時間座って過ごしている。
- 6 一人で過ごすことは、不安である

### <夜間の様子について>

- 1 朝まで、ぐっすり眠っている。
- 2 眠りは浅いが、朝まで眠っている。
- 3 排泄のため、何度か目が覚める。
- 4 寝つきが悪い。
- 5 眠れず、起きていることがある。

### <可能な動作について>

- 1 自力で寝返りはできない。
- 2 自力で寝返りはできる。
- 3 寝た状態から、ベッドの柵等をもって起き上がりができる。
- 4 ベッドに腰をかけて足を床に下ろし座ることができる。(ベッド上端座位ができる)
- 5 ベッドから自力で立ち上がることができる。
- 6 ベッドから自力で立ち上がることができるが、不安定である。
- 7 介助があればベッドから立ち上がることができる。
- 8 背もたれがない状態で座ることができる。
- 9 背もたれがあれば、座ることができる。
- 10 リクライニングの車椅子でなければ座ることはできない。

### <食事について>

- 1 普通食      2 一口サイズ食      3 刻み食      4 ミキサー食
- 5 口から食事はとれず、鼻から管を入れ(経管栄養)栄養補給をしている。
- 6 口から食事はとれず、胃に直接、管を入れ(胃ろう)栄養補給をしている。

### <食べる動作について>

- 1 一人で食べる。
- 2 自分で食べるが、よくむせる。
- 3 自分で食べるが、時間がかかる。(30分以上)
- 4 一部食べさせてもらう。
- 5 すべて食べさせてもらう。
- 6 食べさせてもらうことがほとんどで、よくむせる。

<排泄について>

- 1 自分でトイレへ行って排泄する。
- 2 自分でトイレへ行くが、オムツ・パッド使用している。
- 3 何らかの介助は必要であるが、トイレへ行って排泄する。
- 4 尿意はあるが、オムツ等にて排泄する。
- 5 尿意はなく、オムツ等にて排泄する。

<着替えについて>

- 1 自分で着替える。
- 2 声かけすると、自分で着替える。
- 3 一部手伝うと、自分で着替える。
- 4 全面的に手伝いが必要である。

<清潔について>

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1 自分で歯磨きができる。    | 2 少し手助けがあれば、歯磨きができる。    |
| 3 自分で洗顔ができる。     | 4 少し手助けがあれば、洗顔ができる。     |
| 5 うがいができる。       | 6 少し手助けがあれば、うがいができる。    |
| 7 顔を自分で拭くことができる。 | 8 少し手助けがあれば、顔を拭くことができる。 |

10. ご家族様の困っている事や、施設生活をさせていただく上で配慮すべき事がございましたらご記入下さい。

( )

多くの質問にお答え頂きありがとうございました。アンケートの内容でご不明な点については空欄で結構です。尚、頂戴しました個人情報については当施設を御利用頂くためにのみ使用されるものであり、それ以外の目的に使用されることはございません。

# 診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日 ( )

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			男・女	連絡先 〒	—
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 ( 歳)	TEL. ( )
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査実施日	年	月	日	身長	cm
					体重
					kg
白血球	総コレステロール		疥癬	+	-
赤血球	尿素窒素		HBs抗原	+	-
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体	+	-
ヘマトクリット	尿酸		Wa氏	+	-
血小板	K		血圧	/	
血清蛋白	Na		検尿	・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖			・糖	
A S T	HbA1c			・ウロビリノーゲン	
A L T	C R P				
中性脂肪					
レントゲン結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は心電図を添付してください		
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他( )				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他( )				
日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日
					点
介護上の注意事項：					

(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	明・大・昭	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5	
認定有効期間	平成	年	月	日	～	年	月
現住所	〒			-		電話番号	( )

### 〔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・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 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。 <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)										
特列入所該当理由 (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。										
	平成	年	月	日	氏名				印		

# 調 査 票

現 況		独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名 )・入所中(施設名 )					
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー			介 助	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)			介 助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ			介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・持浴			介 助	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			要・不要			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精 神 状 態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他 )		
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知 症	無・有( )		
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない		問 題 行 動	無・有(徘徊・不潔行為・他 )		
健康状況	現 疾 患				病 歴		
	主 治 医				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 )		う 拘 縮	無・有( )		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有 )		い づ れ も 瘡	無・有( )		
	い づ れ も 下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有( )		
	入 れ 歯	無・有(上・下)		口 腔 保 清	要・不要( )		
介護の状況	主たる介護者氏名		年 令	才	性 別	男・女	続 柄
	就労状況等	就労中・共働き・育児・その他( )					
	介 護 期 間	年 月頃から		そ の 他 の 介 護 者	無・有 名		
	窓 口 相 談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他: )					
居宅介護支援事業所名			ケアマネージャー名				
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 )					
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。							



