

利用申込のご案内

この度は、当施設のサービス利用をご検討いただき誠に有難うございます。

同封しております書類をご確認の上、下記の手順でお申込みください。

① 電話・来所相談

どんなことでもお気軽にご相談ください。来所時には事前にご予約をお取りください。
ご見学にも対応させていただきます。

② 入所申込み (注)当施設は、全館禁煙となっております(喫煙スペースは設けておりません)

下記の書類を提出することで、受付とさせていただきます。

- 利用申込書
- アンケート用紙 * わかる範囲でご記入ください
- 介護保険被保険者証の写し
- 診療情報提供書 または、主治医意見書
- 指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム」入所申込書兼台帳・入所選考調査票

③ 面接

施設相談員が、入所希望者・家族様より身体状態等をお聞きします。

* 場所・日時等はこちらから連絡致します。

④ 入所判定

看護師、リハビリスタッフ、介護職、管理栄養士、相談員、ケアマネージャーなどの
多職種の専門職が関わって客観的に入所の必要性を判定します。

⑤ 利用決定

ご利用開始日につきましてはご相談の上、決定させていただきます。

(お問い合わせ窓口) *申込み提出書類受付窓口

住 所 : 〒561-0893 大阪府豊中市宝山町7-8

TEL : 06-6858-1060 / FAX : 06-6858-1062

特別養護老人ホーム ロココ豊中 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	M T S	年 月 日 (歳)		
利用者 氏名			男・女					
利用者 住所	〒 電話 ()							
ふりがな			申込者住所 続柄()	〒 電話・携帯等 ()				
申込者 氏名								
希望 サービス	①入所	③デイサービス	利用希望 時期	今すぐ利用希望				
	②短期入所	④グループホーム		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	○一戸建て・マンション・ハイツ			○車いす(有り・無し)				
	○エレベーター(有り・無し)			○歩行補助用具 (杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー)				
	○玄関までに段差・階段(有り・無し)							
	○トイレ(和式・洋式・ポータブル)							
	○その他							

社会福祉法人 甲有会 介護老人福祉施設 ロココ豊中

〒561-0893 大阪府豊中市宝山町7-8
TEL 06-6858-1060 FAX 06-6858-1062

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名 :	続柄		
	〒			
	住所 :			
	電話番号			
施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名	社会福祉法人甲有会		
	入所申込施設名	介護老人福祉施設ロココ豊中		
保険者への報告	不要・要 報告日 : 年 月 日			

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。

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)	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日									
	要介護度	1 · 2 · 3 · 4 · 5 ↓ 要介護 1・2は下記のいずれかの該当が必要です											
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)											
	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	〒 -							
	入所又は入院期間	年 月 日から			電話番号	()							
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <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"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情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ており、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"/> 入所を希望している <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												

本人の状況	在宅介護継続期間	年 か月	居宅サービスの利用の有無			<input type="checkbox"/> 有(下記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		
		通所介護	回／月	短期入所生活・療養介護	日／月	訪問リハ	回／月		
		その他							
	入所希望時期	<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	担当ケアマネジャー名 電話番号:							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____							
		受診している医療機関 _____ 【特記事項】							
	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)にも申込んで(予定も含む)いる(箇所) 既に申込んでいる施設名()() 今後申込む予定の施設名()() 特養待機期間(他施設も含む) 年 か月							
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計人							
	(フリガナ)			性別	年齢	本人との関係	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		住 所:		
	意見等(介護などで困っていること)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)							
	同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし							

■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のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

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 入所希望時期については、入所決定に際して、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。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
 - 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例外入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名：

家族等代理の方 氏名 :

主たる介護者の方 氏名：

【標準様式2】

表

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号						
受付番号		保険者(番号)						

ケ ア マ 年 ネ ジ 月 ジ 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			
ア マ 年 ネ ジ 月 ジ 見 記 入 欄	基本的評価基準					
	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
3・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 支援以上の世帯 ・他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点	点	
点数	点	点	点			
【本人の心身の状況】 □常時の介護や見守りが必要である □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 □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 □多少の一部介助や見守りを必要とする □ほとんど自立による日常生活が可能である □その他 () 【介護者の状況】 □介護者が全くいない □介護者が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・障がい・疾病・ 就労・その他 :) □介護者が遠隔地にいる □介護者が近隣にいる □同居の介護者がいる(人) □その他 () 【在宅生活継続の可能性】 □極めて困難 □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある □検討の余地あり □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 □その他 () 【在宅生活に支障のある状況】 □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 □病院等の入所者で帰る家がない □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 □その他 () 【住環境】 □居住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭い等) □在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある □施設や病院から退所を求められている □その他 () 【参考項目】 ・家族の負担感 □介護疲れがひどい □殆どかかわっていない □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 ・入所について □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】					

施設記入欄	年月日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要・不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
施設記入欄	年月日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
		要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			男・女	連絡先 〒 一 TEL. ()
氏名				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)			
傷病名				
経過・現症状及び 加療内容				
リハビリテー ション指示	<input type="checkbox"/> 個別リハビリ <input type="checkbox"/> パワーリハビリ <input type="checkbox"/> 集団リハビリ <input type="checkbox"/> メドマー <input type="checkbox"/> ホットパック <input type="checkbox"/> リハビリ内容につ いての問い合わせ	要・不要・可・不可 可・不可 要・不要・可・不可 可・不可 可・不可 可・不可	禁忌 (運動制限等)	
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 壓 /	
血清蛋白	Na		検尿 •蛋白 •糖 •ウロビリノーゲン	
アルブミン	空腹時血糖			
A S T	HbA1c			
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	J1 · J2 · 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 :				

《 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ありますので、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。

（ 薬名記入欄 ）

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、施設生活をし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ありません。