

## 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



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	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/>認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>											
	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												



## 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を提供すること

### 【要介護 1 又は 2 で特例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： \_\_\_\_\_

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 ヤ 日 （ 記 入 日 ） 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			
	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 ・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	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点
	点数	点		点	点	
	【本人の心身の状況】	<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（ ）		
	【介護者の状況】	<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・障がい・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（ ）		【住環境】 <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（ ）		
	【在宅生活継続の可能性】	<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（ ）		【参考項目】 ・家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる		
	【在宅生活に支障のある状況】	<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難				
【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】					
	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】						

# 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

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—				
氏名			男・女					
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								
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	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  デイサービス  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って歩くことができる。
- 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ございません。