

# 入居申込の記入と提出書類について

施設	ケアホーム 中山ちどり (特別養護老人ホーム)	ケアハウス 中山ちどり (特定施設入居者 生活介護)	グループホーム 中山ちどり (認知症対応型 共同生活介護)	チ エ ッ ク 欄
要件	要介護 3～要介護 5 条件によっては要介護 1、2 の方も申し込み可	自立～要介護 5	要支援 2～要介護 5 宝塚市内に住所地がある 認知症の診断がある	
提 出 書 類	様式 1 入居申込書			
	様式 2 介護支援専門員等意見書			
	介護保険証のコピー			
	医療の客観的な情報(診療情報提供書 コピー可)			
	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)			
	認定調査票(基本調査) のコピー	/		

中山ちどりの特養、ケアハウス、グループホームの内、2 つ以上お申込みの場合であっても、提出する書類は、上記 ～ (特養希望の場合は、 も) を 1 部ずつで結構です。

## 医療の客観的な情報について

主治医の先生にお申し出ください。当方では、特に書式等は定めておりません。

(内容：現在の疾患の状況・既往歴・服薬内容・感染症の有無(HCV、HB s、TPHA、その他)、一般的な血液検査など。)

## 認定調査票(基本調査)のコピーについて

宝塚市介護保険課で「特別養護老人ホーム入所申込に係る資料開示申出書」に必要事項をご記入し提出した上で入手され、当方に提出していただくこととなります。なお、宝塚市以外の方につきましては、入手方法を最寄りの市区町村にご確認下さい。

介護度が変わった場合は、新しい介護保険証のコピー・認定調査票のコピー(特養のみ)を再度ご提出ください。



(様式 1)

# 入居申込書

台帳番号

社会福祉法人 晋栄福祉会 中山ちどり 様

ご入居を希望される施設に☑をしてください。(複数の施設をご希望されても構いません)

ケアホーム中山ちどり(特別養護老人ホーム)

ケアハウス中山ちどり(介護型ケアハウス)

グループホーム中山ちどり(認知症対応型共同生活介護)

優先順位等ございましたら、優先希望順に番号を記載ください。

## ご入居申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町
氏名			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 日	電話番号		
現住所	〒 -			

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。)

ふりがな 氏名		入居申込者との続柄	
住所	〒 -		
連絡先	自宅:	携帯番号	

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。

なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、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。

現況	1 自宅で一人で暮らしている。 2 自宅で家族と暮らしている。 3 老人保健施設等、施設や病院に入っている。 <b>「3 老人保健施設等、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。</b> 施設名又は病院名： 入居・入院日： 年 月 日から入居・入院している。
意見	【介護をしている上で困っている事等】

(裏面にも記入すべき事項があります)

## 事務処理欄

申込日	平成 年 月 日	受付者		受付方法	郵送・持参 説明実施等： 有 無
申込時点数	本人の状況 ( )点 介護の必要性 ( )点 在宅介護の困難性 ( )点 + + = 合計 点				
医療情報					不備書類等
居宅事業者情報	事業所名 ( ) 担当ケアマネ ( )				
経過状況	内容：連絡した、又は受けた内容を記載。記載者名も記入。(例：介護度の変更等)				再評価
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				



## 介護支援専門員等意見書

入居申込者(本人)氏名： \_\_\_\_\_

記載者

氏名： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

この意見書は、入居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居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）

発生頻度

非常に多い

時々ある

少しある・稀にある

なし

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

知的障害

療育手帳の所持

あり

なし

障害区分

A

B 1

B 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 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・入居先で生活継続が困難である理由等)

( )