

平成 29 年 12 月 16 日

## 特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム

(平成 30 年 3 月中旬開設予定)

### 入所申込案内について

「第二竹の里ホーム」は、2018（平成 30 年）年 3 月 定員 29 名（地域密着型）での開設を予定しています。

#### ① 入所の条件

- ・長岡京市にお住まい（長岡京市の介護保険被保険者）の方
- ・原則「要介護 3～5」と認定を受けた方

#### ② 入所の申込み（控えは必ず保管して下さい）

- ・入所を希望される方は、下記の書類をご記入後、ご提出ください。
  - (1) 「入所申込書」→ご本人・ご家族又は代理人の方が記入。
  - (2) 「調査票」→基本的に担当介護支援専門員が記入（入院もしくは入所中の方はご担当者が記入）。
  - (3) 直近の「介護保険被保険者証」の写し
  - (4) 在宅サービスをご利用の方は、過去 3 ヶ月間の「サービス利用票及びサービス利用票別表」の写し

申込書類は、開設準備室まで持参・郵送下さいますようお願い致します。

#### ③ 待機となられた方

待機者として登録致します。

#### ④ 入所申込後の更新や変更について

- ・要介護認定の更新時や状況等変更があれば、ご連絡をお願いします。（状況に変更がなく、有効期間の変更だけであれば「介護保険被保険者証」の写しのみの提出をお願い致します。
- ・ご提出がない場合は、申込を辞退されたと判断させていただく場合があります。
- ・申込後、他の特別養護老人ホームに入所が決定した場合や、お亡くなりになられた場合など、状況に変化があった場合は、お手数ですが速やかにご連絡をお願いします。

※「特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム」入所申込書は、「特別養護老人ホーム 竹の里ホーム」の入所申込書とは異なります。

【申し込み・連絡先】

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム内  
第二竹の里ホーム 開設準備室

〒617-0853

京都府長岡京市奥海印寺走田 1-1

電話：(075) 951-2230

FAX：(075) 951-2211

担当：岩田・長谷坂

## 特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム  
施設長 宛

新規・更新

記入日:平成 年 月 日

本人の状況	(フリガナ)				性別	男 ・ 女	保険者(番号)													
	氏名						被保険者番号													
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生( 歳)		要介護度	3・4・5 / (特例) 1・2												
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																		
	住所	〒 - 電話番号 ( )																		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <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 「老人保健施設などや病院に入所・入院中の方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇入所又は入院期間:平成 年 月 日から入所・入院している																		
	生活歴																			
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください。)	<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」「障害」「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困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 <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																		
	在宅介護継続期間	年 月			居宅サービス利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
申込み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	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月	通所リハ	回/月	福祉用具	回/月	短期入所生活介護	回/月	短期入所療養介護	回/月
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <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	電話: ( )			担当ケアマネジャー氏名																



特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム

記入日:平成 年 月 日

入所選考に関わる調査票(基本的に担当介護支援専門員が記入)

フリガナ		性別	生	明 大 昭	年	月	日
氏名		男	年 月 日				
		女					
要介護度	3 ・ 4 ・ 5 ( 特例 1 ・ 2 )						
認知症高齢者 日常生活自立度	なし ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ M						

入所希望者本人の状況等(該当するものにレ印をし、( )には状況を具体的に記入)

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者を含む家族全員が65歳以上 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、介護が困難な特別な事情がある ( )
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きをせまられている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 <input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等立地的な問題がある ( )
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (現在治療中の病気や既往歴等)
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	
経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
在宅生活継続 の可能性	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり( ) <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他( )

居宅サービスの利用状況(該当する箇所に○印をしてください)

現在の状況	在宅・施設( )・病院( )
居宅サービス利用限度額の割合	サービス利用なし
	20%未満
	20%以上40%未満
	40%以上60%未満
	60%以上80%未満
	80%以上
特記事項(意見)	

事業所名

介護支援専門員氏名