

令和元年 5 月 1 日

地域密着型特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム

入所申込案内について

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) 「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（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（コピー）
 - (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（コピー）
- ※介護保険施設への入所者や長期入院されている方は不要です。

③ 入所の決定

入所判定委員会において、要介護度・居宅サービスの利用状況・介護者の状況・特記事項などの状況を勘案した上で決定します。ご本人様の詳しい状況確認のために、自宅や利用されている介護保険施設、入院中の病院などに、電話での聞き取りや訪問をして調査をさせていただきます。

申込書の記入提出

- 
1. 入所申込書
 2. 入所選考に関わる調査票
 3. 介護保険被保険者証の写し（コピー）
 4. 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」写し（コピー）
- 全ての書類がそろった時点で受付完了となります。

選考

入所申込書類を基に、当施設の入所選考指針に基づき順位を決定し、上位の方からご連絡を差し上げます。



入所面接

当施設職員が、ご自宅または入所施設等にお伺いし、ご本人様の状況把握をさせていただきます。



入所判定会議

施設でのお受け入れが可能か、入所判定委員会にて入所の可否の判定をさせていただきます。



ご家族への連絡

入所判定の結果を電話にてご報告します。
入所日につきましては、居室が空き次第ご案内させていただきます。

特別養護老人ホームへの申込については、申込順ではなく入所の必要性の高い方から優先的に入所となります。

④ 待機となられた方

待機者として登録致します。

⑤ 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】

地域密着型特別養護老人ホーム
第二竹の里ホーム

〒617-0853

京都府長岡京市奥海印寺太鼓山 18

電話：(075) 959-0010

FAX：(075) 959-0011

担当：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: 令和 年 月 日

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 日生(歳)		要介護度	3・4・5 / (特例) 1・2																
	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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: 令和 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	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																			

本人の状況	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"/> インシュリン自己注射 <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】
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () () ◇特養待機期間(他施設含む) 年 ヶ月

主たる介護者の状況	(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	
	主たる介護者氏名		男・女	歳		住所 〒 -	電話番号 ()
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(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)					
	同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無					
	家族構成						
	氏名	年齢	本人との関係	電話番号	住所		

申し込み代理人(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 -		
	電話番号 ()		

※**申込者**(施設との連絡窓口となり、電話や郵便物の送付先となります。)
 令和 年 月 日 氏名: 印

- 注1 「介護保険被保険者証」・「直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付して下さい。
- 注2 介護度などの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 必要に応じて申込み後の状況について、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。

事務処理欄: 申し込み日 令和 年 月 日
 受付日 令和 年 月 日
 受付者 _____

特別養護老人ホーム 第二竹の里ホーム

記入日: 令和 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
		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	<input type="checkbox"/> サービス利用なし
	<input type="checkbox"/> 20%未満
	<input type="checkbox"/> 20%以上40%未満
	<input type="checkbox"/> 40%以上60%未満
	<input type="checkbox"/> 60%以上80%未満
	<input type="checkbox"/> 80%以上
特記事項(意見)	

事業所名 _____

介護支援専門員氏名 _____