

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。

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

入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

特別養護老人ホーム

施設長宛

① 入居希望ご本人様	ふりがな			性別	いずれか○印	生年月日	↓ いずれか○印 明治 大正 昭和														
	氏 名				男 ・ 女		年	月	日												
	住 所	〒				電話番号	—														
② 入居申込者	入居希望ご本人様が入居申込者の場合、住所・電話番号の記入は不要																				
	入居申込書類の記載内容に間違いはございません。																				
	記入日	年	月	日	ふりがな			㊞	入居希望ご本人様との続柄												
	氏 名																				
住 所	〒				電話番号	—															
③ 問い合わせ先	入居申込者が問い合わせ先の場合、③の記入は不要																				
	ふりがな			氏 名		入居希望ご本人様との続柄															
	住 所	〒				電話番号	—														
ここからは、入居希望ご本人様に関するご質問となります。																					
④ 保険関係	介護保険認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日																			
	介護保険被保険者番号										↓ 該当するものに○										
	介護保険者番号						要介護度	1	2	3	4	5									
	介護保険負担割合証	1 割		2 割		3 割		認知症度	I	II	III	IV	V								
	介護保険負担限度額認定証	食費 3 0 0 円		食費 3 9 0 円		食費 6 5 0 円		食費 1 3 6 0 円		持っていない											
	生活保護	あり		・		なし															
	その他の減免証	() 持っていない																			
⑤ 現在の状況	・ 居宅(在宅)におられる方 ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。 7の「その他」に○をされた方は、()内に生活状況を書いてください。 1 独居 2 昼間(日中)独居 3 常時同居者がいる 4 ケアハウス 5 高齢者専用賃貸住宅 6 (介護なし)有料老人ホーム 7 その他() ・ 施設もしくは病院におられる方 ア ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。 1 施設に入所中 2 病院に入院中 3 その他() (「施設」：特別養護老人ホーム・(介護付き)有料老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設) イ 記入日までの1年間に利用された、施設・医療機関名称とその期間を書いてください。 (ショートステイは含みません)																				
	<table border="1"> <tr> <th>施設・医療機関名称</th> <th>期 間</th> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </table>											施設・医療機関名称	期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日
	施設・医療機関名称	期 間																			
		年 月 日 ～ 年 月 日																			
		年 月 日 ～ 年 月 日																			
		年 月 日 ～ 年 月 日																			
		年 月 日 ～ 年 月 日																			

⑥ 在宅サービス利用状況

・ 記入日の前月に、居宅サービスを利用されましたか。

1 はい

↓

2 いいえ

【 居宅サービスの例 】
 ショートステイ・通所介護（デイサービス）・訪問看護
 訪問入浴介護・通所リハビリテーション（デイケア）
 訪問介護（ホームヘルパー）・訪問リハビリ等

※ 1の「はい」に○をされた方は、記入日の前月の『サービス利用表別表』（写し）をご提出ください。

⑦ 医療関係

・ かかりつけ医について、下の表に記入をお願いします。

医療機関名称	医師名	電話番号
		— —

・ かかりつけ医以外に現在受診されている場合は、下の表に記入をお願いします。

医療機関名称	診療科目（内科・外科等）	症状・受診内容等

・ 今までにかかられたご病気があれば、（ ）内に記入してください。
 （ ）

・ 身長と体重を記入してください。 身長（ ）cm 体重（ ）kg

・ ご本人様の状況について該当するものに○をつけてください。
 その他の状況があれば、（ ）内に記入してください。

1 経管栄養【 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう 】

2 在宅酸素

3 褥瘡の処置

4 インシュリン注射【 自己注射可 ・ 自己注射不可 】

5 透析

6 点滴・注射

7 人工肛門の処置

8 導尿カテーテル

9 その他（ ）

⑧ ご本人様の具体的な状況について

・ 食事について

1 自分ひとりで食べられる

2 一部の介助を必要とする

3 すべて介助してもらわないと食べられない

・ 尿意について

1 ある

2 ときどきある

3 ない

・ 排尿時について

1 自分ひとりでできる

2 一部の介助を必要とする

3 すべて介助してもらう

・ 便意について

1 ある

2 ときどきある

3 ない

・ 排便時について

1 自分ひとりでできる

2 一部の介助を必要とする

3 すべて介助してもらう

・ 椅子においてどれ位の時間座位を保つことができますか。

1 全くできない

2 30分以内

3 30分～1時間

4 1時間以上

・ 現在、車椅子を使っておられますか。

1 はい

2 いいえ

1の「はい」に○をつけた方にお尋ねします。
 ベッドから車椅子、車椅子から便座に移る時について、該当するものに○をつけてください。

1 自分ひとりでできる

2 一部の介助を必要とする

3 すべて介助してもらう

・ ご本人様の認知症状で該当するものに○をつけてください。
 その他の認知症状がある場合は、（ ）内に記入してください。

1 物忘れ

2 徘徊

3 昼夜逆転

4 暴言

5 暴力

6 異食

7 物取られ妄想

8 収集癖

その他（ ）

ここからは、ご家族様に関するご質問となります。

中心的に介護しておられる方(主たる介護者)に「◎」印、
主たる介護者を補助しておられる方(従たる介護者)には「○」印を、「介護」欄に記入してください。

⑨ 同居のご家族様	氏名(ふりがな)		年齢	ご本人様との続柄	職業	介護
⑩ 同居以外のご家族様	氏名(ふりがな)	続柄	職業	住所	電話番号	介護
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
				〒 -	- -	
⑪ ご家族様の介護の状況	・ 主たる介護者がおられる方 ア 主たる介護者がされている介護に○をつけてください。 該当する項目がない場合は、()内に介護内容を記入してください。 1 食事介助 2 オムツ交換 3 更衣介助 4 入浴介助 5 掃除 6 調理 7 洗濯 8 買い物 9 その他() イ 主たる介護者に介護困難なご事情がある場合は、該当するものに○をつけてください。 該当するものがなければ、()内に記入してください。 1 病気 2 障がいを持っている 3 ご本人様以外を介護している 4 育児 5 その他() ・ 施設もしくは病院におられる方 面会を中心的にされている方について記入してください。 ご本人様との続柄 () 面会の頻度 () 面会時にされていること () 他に面会に行かれる方のご本人様との続柄 ()					
⑫ ご記入事項	入居申込書全般に関して、質問内容でご記入できなかったこと、質問以外の内容等があればお書きください。					

ご協力ありがとうございました。添付資料とともにご提出ください。

【 添付資料 】

- ①サービス利用票別表（写）※記入日の前月に居宅サービスを利用された方
- ②介護保険被保険者証（写）

施設入居 介護支援専門員意見書

本人の状況	フリガナ			被保険者番号										
	氏名			生年月日		明 大 昭 年 月 日 歳								
	要介護度	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
	自立度	認知症自立度					障害自立度							

(※自立度の記入内容については医師の診断のあったものをご記入ください。)

居宅サービスの状況	居宅サービスの利用限度額の割合	①サービスを利用していない	
		②20%未満	
		③20%以上40%未満	
		③40%以上60%未満	
		③60%以上80%未満	
		⑥80%以上	

介護者等の状況	【世帯の状況】	☐ 独居	☐ 高齢者世帯（65歳以上のみの世帯）	☐ 身寄りなし	
	【①主たる介護者の年齢】	年齢	歳	続柄	
	【②介護者の障害や疾病】	☐ あり	☐ なし	（※ありの場合は、下記を記入ください。）	
	☐ 介護可能	☐ やや困難	☐ 困難	（ ）	
	【③介護者の就労】	☐ あり	☐ なし	（※ありの場合は、下記を記入ください。）	
	週（ ）日 1日（ ）時間程度働いている。（※記載なければ点数に反映されません。）				
	【④介護者の育児・家族の看病】	☐ あり	☐ なし	（※ありの場合は、下記を記入ください。）	
	☐ 常時必要	☐ 半日程度必要	☐ 随時必要	（ ）	
	【⑤他の同居介護補助者】	☐ 常時協力あり	☐ 随時協力あり	☐ 殆ど協力なし	
【⑥別居血縁者の介護協力】	☐ 常時協力あり	☐ 随時協力あり	☐ 殆ど協力なし		
【⑦介護者の経済的負担】	☐ なし	☐ やや重い	☐ 重い	☐ 非常に重い	
どの程度介護者が負担されていますか？（ ）					
【⑧住環境】	☐ 問題なし	☐ 問題あり	☐ 非常に問題	☐ 住居なし	
どういった部分で問題がありますか？（ ）					

(※介護者等の状況について、記載がなければ点数に反映されませんので、できる限りご記入ください。)

施設入居への意見	

記載年月日 年 月 日

記載者所属

記載者氏名 印