

## 準備書類

### 特別養護老人ホーム

- ・主治医意見書（写し）
- ・認定調査票（写し）
- ・直近3か月分のサービス利用表（写し）→在宅サービスの利用履歴のある方のみ

### ことほぎ（グループホーム）

- ・認定調査票（写し）
- ・診療情報提供書

### 共通

- ・申込書
- ・介護保険証（写し）
- ・介護保険負担割合証（写し）
- ・介護保険負担限度額認定証（写し） お持ちの方のみ
- ・身元引受書

※1 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

※2 相談日より3ヶ月を経過してもご連絡が無い場合は、お申込みキャンセルとさせていただきます。

※3 申込書と上記必要書類をご用意の上、お申込み下さい。

## 入所申込書(1)

介護保険複合施設 憩いの里 施設長 様

|       |           |
|-------|-----------|
| 申 込 日 | 令 和 年 月 日 |
| 受 付 日 | 令 和 年 月 日 |

【申込施設】（複数選択可）

|  |                       |     |
|--|-----------------------|-----|
|  | 介護老人福祉施設(特養) 多床室      | A   |
|  | 介護老人福祉施設(特養) 個室       | A   |
|  | 地域密着型老人福祉施設(ユニット型)    | A,B |
|  | 介護老人保健施設(老健) 多床室      |     |
|  | 介護老人保健施設(老健) 個室・二人室   |     |
|  | 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | B,C |

A 要介護度3以上の方を対象とした施設となります  
B 越谷市にお住まいの方を対象とした施設となります  
C 認知症の診断を受けている方を対象とした施設となります

【申込者】

|        |    |        |
|--------|----|--------|
| 住 所    | 〒  |        |
| (ふりがな) |    | 本人との関係 |
| 氏 名    |    |        |
| 電話番号   | 自宅 | ( )    |
|        | 携帯 | ( )    |

上記施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

[illegible]

※1 入所を希望する理由【】内には、その具体的理由を記入してください。

※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者との関係と要介護度を【】内に記入してください。

※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

※4 裏面もご記入ください。

## 入所申込書(2)

|        |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                                                                                        |           |                                                |        |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------|--------|
| 介護者の状況 | 主たる介護者                                                                                                                                                | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                      |                                                                                                        |           | 性別                                             | 本人との関係 |
|        |                                                                                                                                                       | 生年月日                                                                                                                               | 大・昭・平                                                                                                  | 年 月 日( 歳) | 男・女                                            |        |
|        |                                                                                                                                                       | 同居区分                                                                                                                               | 1. 同居<br>2. 別居 ( 円 )                                                                                   |           |                                                |        |
|        | 従たる介護者                                                                                                                                                | (ふりがな)<br>氏 名                                                                                                                      |                                                                                                        |           | 性別                                             | 本人との関係 |
|        |                                                                                                                                                       | 生年月日                                                                                                                               | 大・昭・平                                                                                                  | 年 月 日( 歳) | 男・女                                            |        |
|        |                                                                                                                                                       | 同居区分                                                                                                                               | 1. 同居<br>2. 別居 ( 円 )                                                                                   |           |                                                |        |
|        |                                                                                                                                                       | 介護の可能性                                                                                                                             | 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能                                                                                   |           |                                                |        |
|        | 介護期間                                                                                                                                                  | 年 月 頃から ( 年 ヶ月)                                                                                                                    |                                                                                                        |           |                                                |        |
|        | 主たる介護者の就労状況                                                                                                                                           |                                                                                                                                    | 主たる介護者の育児状況                                                                                            |           | 主たる介護者の健康状態                                    |        |
|        | 1. 有り(常勤:8時間以上)<br>2. 有り(非常勤:4時間以上8時間未満)<br>3. 有り(非常勤:4時間未満)<br>4. なし                                                                                 |                                                                                                                                    | 1. 有り(常時:家族や保育所等の支援なし)<br>2. 有り(半日:家族や保育所等の支援あり)<br>3. 有り(時々:子の育児支援をしている等)<br>4. なし<br>※有りの場合…児童の年齢: 歳 |           | 良好<br>不良 ( )<br>主たる介護者の家族の健康状態<br>良好<br>不良 ( ) |        |
| その他    | 入所を希望する時期                                                                                                                                             | 1. 今すぐ<br>2. 年 月頃までには入所したい                                                                                                         |                                                                                                        |           |                                                |        |
|        | 申込みの状況<br>(複数回答可)                                                                                                                                     | 1. 当該施設のみ申し込む<br>2. 他の施設にも申し込む予定<br>①施設名: ( )<br>②施設名: ( )<br>3. 既に他の施設にも申し込みをしている<br>①施設名: ( ) 待機月数: 年 ヶ月<br>②施設名: ( ) 待機月数: 年 ヶ月 |                                                                                                        |           |                                                |        |
|        | やむを得ない事情により<br>居宅において日常生活を<br>営むことが困難である理由<br>(要介護1または2の方のみ)                                                                                          | 該当する特列入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ<br>※別紙をご確認の上、該当する要件を選択し○をつけてください<br>具体的な状況・様子を記入                                                         |                                                                                                        |           |                                                |        |
| 説明確認   | <p>私は、入所申し込みの際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。</p> <p>また、特列入所についての説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 _____</p> |                                                                                                                                    |                                                                                                        |           |                                                |        |

※お申込みの際は、別紙を参照して必要書類をご準備・添付の上、提出してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「入所申込み取り下げ書」を提出してください。

※申込み内容に変更が生じた場合は、速やかに施設へ連絡し、指示を受けてください。

## 状況調査票(1)

家族状況（本人の子、および本人の兄弟・姉妹について）

|        |  |    |    |    |           |
|--------|--|----|----|----|-----------|
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |
| (ふりがな) |  | 年齢 | 続柄 | 住所 | 電話番号・携帯番号 |
| 氏名     |  |    |    |    |           |

※子については関係性や健康状態に関わらず全員の氏名記入をお願いします。

利用料負担額・年金種類・収入 等

| 減額   | 介護保険負担限度額認定証<br>*お持ちの方のみ | 第1段階  | 第2段階            | 第3段階①                                           | 第3段階② | 介護保険負担割合証 | 割 |
|------|--------------------------|-------|-----------------|-------------------------------------------------|-------|-----------|---|
|      | 生活保護の有無                  | 無 ・ 有 | 年金種類<br>(複数回答可) | 1. 国民   2. 厚生   3. 共済   4. 障害   5. 恩給   6. 受給なし |       |           |   |
| 本人収入 | 年金受給額                    |       | 円/月             |                                                 |       | 円/年       |   |
|      | その他の収入                   |       | 円/月             |                                                 |       | 円/年       |   |
|      | 合計                       |       | 円/月             |                                                 |       | 円/年       |   |

現在、在宅サービスご利用中の方

|           |      |  |     |  |
|-----------|------|--|-----|--|
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 |  |     |  |
|           | 担当者  |  | 連絡先 |  |

現在入院・入所をされている方

|        |  |         |  |
|--------|--|---------|--|
| 病院・施設名 |  | 連絡先     |  |
| 担当者名   |  | 入院・入所理由 |  |

※裏面もご記入ください。

# 状況調査票(2)

|                  |                       |                                                                                         |                   |                        |                      |           |    |
|------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-----------|----|
| (ふりがな)           |                       | 性別                                                                                      |                   | 要介護度                   |                      | 1・2・3・4・5 |    |
| 氏名               |                       |                                                                                         |                   | 男・女                    | 身長                   | cm        | 体重 |
| 生年月日             |                       | 大・昭 年 月 日( 歳)                                                                           |                   |                        |                      |           |    |
| 身<br>体<br>状<br>況 | 視力                    | 1. 普通(年相応) 2. よく見えない 3. 見えない【 ①右目 ②左目 ③失明 】<br>※眼鏡の使用【 ①あり ②なし 】                        |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 聴力                    | 1. 普通(年相応) 2. よく聞こえない 3. 聞こえない【 ①右耳 ②左耳 ③失聴 】<br>※補聴器の使用【 ①あり ②なし 】                     |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 睡眠                    | 1. 良眠 2. やや不眠 3. 不眠                                                                     |                   | 寝台                     | 1. ベッド 2. 布団         |           |    |
|                  | 寝返り                   | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助                                                                    |                   | 起き上がり                  | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 |           |    |
|                  | 座位保持                  | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助                                                                    |                   | 立ち上がり                  | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 |           |    |
|                  | 立位保持                  | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助                                                                    |                   | 移乗                     | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 |           |    |
|                  | 移動                    | 1. 自立【 ①独歩 ②杖歩行 ③伝い歩き ④歩行器 ⑤車いす(自操) 】                                                   |                   |                        |                      |           |    |
|                  |                       | 2. 一部介助【 ①付添い歩行 ②手引き歩行 ③その他( ) 】                                                        |                   |                        |                      |           |    |
|                  |                       | 3. 全介助【 ①車いす ②その他( ) 】                                                                  |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 食事                    | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経管栄養 5. 胃ろう<br>※1.2の食具類【 ①箸 ②スプーン ③フォーク ④その他( ) 】<br>※2の介助内容【 】 |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 主食                    | 1. ご飯 2. お粥 3. 補助食品                                                                     |                   | 水分                     | 1. そのまま 2. トロミ使用     |           |    |
|                  | 副菜                    | 1. そのまま 2. 一口大 3. 刻み 4. パースト 5. その他( )                                                  |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 禁食                    | 1. あり( ) 2. なし                                                                          |                   | 義歯                     | 1. あり 2. なし          |           |    |
|                  | 排泄                    | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助<br>※2の介助内容【 】                                                      |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 排泄方法                  | 1. トイレ 2. 尿器 3. おむつ 4. バルーン 5. 人工肛門                                                     |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 下着                    | 1. 布パンツ 2. 紙パンツ 3. 紙おむつ                                                                 |                   | パット                    | 1. あり 2. なし          |           |    |
|                  | 尿意                    | 1. あり 2. なし                                                                             |                   | 便意                     | 1. あり 2. なし          |           |    |
|                  | 排便間隔                  | 1. 自然( ____ ~ ____ 日おき) 2. 下剤使用(薬名: ) 3. 浣腸                                             |                   |                        |                      |           |    |
|                  | 入浴                    | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助                                                                    |                   | 着脱                     | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 |           |    |
|                  | 入浴方法                  | 1. 一般浴槽(自宅と同等) 2. 機械浴槽(座位型) 3. 機械浴槽(臥位(ベッド)型)                                           |                   |                        |                      |           |    |
| 意思疎通             | 1. 可能 2. やや可能 3. 不可   |                                                                                         | 言語                | 1. 年相応 2. 少し不自由 3. 不自由 |                      |           |    |
| 認知症の<br>周辺症状     | 物を盗られたなど妄想が           |                                                                                         | ある・時々・ない          | 暴力行為が                  |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 作り話をすることが             |                                                                                         | ある・時々・ない          | 大声を出す事が                |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 見えないはずの物が<br>見える事が    |                                                                                         | ある・時々・ない          | 目的もなく動く事が              |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 聞こえないはずの物が<br>聞こえることが |                                                                                         | ある・時々・ない          | 落ち着かない事が               |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 感情が不安定に<br>なることが      |                                                                                         | ある・時々・ない          | 外出すると迷う事が              |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 昼間寝ていて夜起きて<br>いることが   |                                                                                         | ある・時々・ない          | 帰宅したい訴えが               |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  | 暴言が                   |                                                                                         | ある・時々・ない          | 物を集めてしまうことが            |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  |                       |                                                                                         |                   | 物を壊す事が                 |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  |                       |                                                                                         |                   | 不潔行為が                  |                      | ある・時々・ない  |    |
|                  |                       |                                                                                         | 食べられない物を<br>食べる事が |                        | ある・時々・ない             |           |    |

ご記入ありがとうございました。

## 別紙

### ※1 添付書類

|         |                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------|
| 共通      | <input type="checkbox"/> 身元引受書                                 |
|         | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(写)                          |
|         | <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証(写)                          |
|         | <input type="checkbox"/> 介護保険限度額認定証(写)・・・お持ちの方のみ               |
| 特養      | <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)・・・診断書でも可                    |
|         | <input type="checkbox"/> 認定調査票(写)                              |
|         | <input type="checkbox"/> 直近3ヶ月分のサービス利用票(写)・・・在宅サービスの利用履歴のある方のみ |
| 老健      | <input type="checkbox"/> 診断書                                   |
| グループホーム | <input type="checkbox"/> 認定調査票(写)                              |
|         | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書・・・診断書でも可                      |

※2 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

※3 相談日より3ヶ月を経過してもご連絡が無い場合は、お申込みキャンセルとさせていただきます。

### ※4 考慮事情

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- イ 知的障がい・精神障がいを伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる
- ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められる
- エ 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な状況であると認められる

### 入所について

#### ・経口摂取可能である事。

胃ろうや点滴等による人工栄養になった場合は、介護・看護の体制、及び設備の問題上、特養入所をお断りしています。  
また、老健入所につきましても、通常よりも待機期間が長くなる可能性がございますので予めご了承願います。

#### ・呼吸補助が不要である事。

常時、酸素導入や喀痰吸引等の医療行為が必要となった場合は、設備の問題上、入所をお断りしています。

#### ・糖尿病が軽度である事。

透析が必要となった場合は、介護・看護の体制上、入所をお断りしています。またインスリン注射を必要とする場合は、通常よりも待機期間が長くなる可能性がございますので予めご了承願います。

#### ・排泄疾患がない事。

自力での排尿が行えず、バルーンカテーテル導入となった場合は、介護・看護の体制上、入所をお断りする可能性、または通常よりも待機が長くなる可能性がございますので予めご了承願います。

### 看取りについて

看取りは行っておりません。その為、経口摂取が出来なくなったり、呼吸補助等が必要となった時点で、救急指定病院への搬送・入院、及び当施設退所となります。

## 身元引受書

介護保険複合施設 憩いの里

施設長 様

入所者 氏 名 \_\_\_\_\_

貴施設に入所・通所をする上記の者について、退所の必要が生じた時もしくは、死亡又は重大な事故が生じ退所が命じられた時は、その身元を引き受け、貴施設に迷惑を掛けるような事は致しません。

年 月 日

第1 身元引受人 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

勤務先 \_\_\_\_\_

第2 身元引受人 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

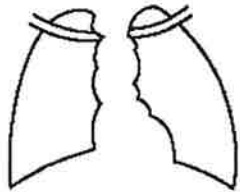
住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

勤務先 \_\_\_\_\_

# 診 断 書

入所用

|                                                                                                                              |                     |       |         |       |             |                                                                                              |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|---------|-------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ふりがな                                                                                                                         |                     |       | 男<br>女  | 生年月日  | T・S・H 年 月 日 | 歳                                                                                            |          |
| 氏 名                                                                                                                          |                     |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 住 所                                                                                                                          | 〒                   |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 身 長                                                                                                                          | cm                  | 体 重   | kg      | 血 圧   | / mmHg      | 脈 拍                                                                                          | 回/分 整・不整 |
| 検 尿                                                                                                                          | 蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 検 査 項 目                                                                                                                      | RBC                 | 総 蛋 白 | γ - G T | U N   | ク ロ ー ル     |                                                                                              |          |
|                                                                                                                              | WBC                 | アルブミン | A L P   | クレアチン | H b A 1 c   |                                                                                              |          |
|                                                                                                                              | H b                 | A S T | HDL - C | ナトリウム |             |                                                                                              |          |
|                                                                                                                              | H T                 | A L T | LDL - C | カリウム  |             |                                                                                              |          |
| Hbs抗原 (一・十) Hbs抗体 (一・十) HCV抗体 (一・十) 梅 毒 (一・十) MRSA (一・十)                                                                     |                     |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 傷病名                                                                                                                          |                     |       |         |       |             | 心電図異常 無 ・ 有                                                                                  |          |
|                                                                                                                              |                     |       |         |       |             | 異常所見                                                                                         |          |
| 現 症                                                                                                                          |                     |       |         |       |             | X線 異常 無 ・ 有                                                                                  |          |
|                                                                                                                              |                     |       |         |       |             | 異常所見<br> |          |
| 既往歴                                                                                                                          | 結核 無・有              |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 特記すべき事項                                                                                                                      | (認知症・歩行状態等)         |       |         |       |             | 皮膚疾患: 無 ・ 有                                                                                  |          |
|                                                                                                                              |                     |       |         |       |             | 有の場合図示                                                                                       |          |
| <div> <div>褥瘡 無・有</div> <div>白癬菌 無・有</div> </div> <div> <div>疥癬 無・有</div> <div>緑膿菌 無・有</div> </div>                          |                     |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| 使用中の薬                                                                                                                        | 点眼薬: 無 ・ 有 ( )      |       |         |       |             |                                                                                              |          |
| <p>上記のとおり診断を証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関所在地 電話 ( )</p> <p>名 称</p> <p>医 師 名</p> <div style="text-align: right;">印</div> |                     |       |         |       |             |                                                                                              |          |