

特別養護老人ホーム グリーンランドみずき
入居申込時の必要書類について

当施設への入居申込について、次の書類が必要となりますので、ご準備の程よろしくお願い致します。ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

1) 入所申込書兼台帳（標準様式1）

表面と裏面があります。裏面の「同意書」の欄に必ず署名をください。

2) 入所選考調査表（標準様式2）

現在担当されているケアマネージャーへ記入を依頼してください。施設へ入所中の方は施設ケアマネージャーに、病院に入院中の方で担当のケアマネージャーがいない時は、病院の相談員に記入をご依頼ください。

3) 「介護保険被保険者証」（桃色）「介護保険負担割合証」（黄色）の写し

A4サイズでコピーをお願い致します。

4) 「介護保険負担限度額認定証」（水色）の写し

A4サイズでコピーをお願い致します。

※介護保険負担限度額とは、居住費や食費が所得に応じて上限額（負担限度額）が定められ、費用負担が軽減されます。お住まいの役所の介護保険課に行き手続きが必要です。対象者の方は、「介護保険負担限度額認定証」が発行されます。ただし、所得に応じて発行されない場合もあります。

5) 「認定調査票（基本調査票）」「主治医意見書」の写し

「認定調査票」の控えをお持ちでない場合は、介護保険被保険者証に記載の保険者（区市町村）へご依頼ください。「主治医意見書」については現在担当されているケアマネージャーへご依頼ください。

6) 「直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表」の写し

現在担当されているケアマネージャーへご依頼ください。

※在宅サービスの利用者様に限りますので、施設に入所中、病院に入院中の方はありません。

特別養護老人ホーム グリーンランドみずき
〒538-0054 大阪市鶴見区緑3丁目16番27号
TEL 06-6911-0012 FAX 06-6911-2188

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | | |
|------------------------|-----|----|
| 申込者連絡先 (家族等代理の方の場合) | 氏名: | 続柄 |
| | 〒 | - |
| | 住所: | |
| | 電話: | |

| | |
|---------|-----------------------|
| 申込日 | 年 月 日 |
| 受付日 | 年 月 日 |
| 受付番号 | 担当者名 |
| 法人名 | |
| 施設名 | |
| 保険者への報告 | 不要 ・ 要 報告日 : 年 月 日 |

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|--------------|--|----------|-----|
| 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 (歳) | 要介護認定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日 | | |
| | 要介護度 | 1・2・3・4・5 ↓ 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。 | | | | |
| | 障がいの程度 | <input type="checkbox"/> 認知症があり、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見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を併い、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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 | | 電話番号 | 市外局番 () | |
| | 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 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: _____ 年 月 から入所・入院している | | | | |
| | 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」、「障がい」、「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・精神的負担が大きき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き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 | 居宅サービスの利用の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 申込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 | 福祉用具貸与 | 品目 | 短期入所生活介護 | 日/月 |
| | 短期入所療養介護 | 日/月 | | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <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者名 | 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名 _____ 【特記事項】 |
| | 他施設への申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <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(他施設も含む) _____ 年 _____ か月 |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|-----|----|--------|---|
| 主たる介護者の状況 | 家族構成 | <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 _____ 人 | | | | |
| | (フリガナ) | | 性別 | 年齢 | 本人との関係 | 続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居住所 |
| | 主たる介護者氏名 | | 男・女 | 満歳 | | 電話番号 _____ 市外局番 () |
| | 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 | | | | | |

| | |
|-----|---|
| 同意書 | 入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。 ・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。 ・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。 |
| | 年 月 日 入所希望者 氏名: _____ 家族等代理の方 氏名: _____ 主たる介護者の方 氏名: _____ |

注1 「認定調査票(基本調査)」「介護保険被保険者証」「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

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。

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所申込者(本人)氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 受付番号 | | 保険者(番号) | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----|--|--|--|
| 居宅介護支援事業者等名称 | | 連絡先電話番号 | | () | | | |
| 担当ケアマネジャー等氏名 | | 職 種 | | | | | |
| 要介護度 | 世帯の状況 | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 | | | |
| 1・2・3・4・5 | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | <input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市 | | | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | | | |
| ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄 | 年 月 日 意 見 欄 | 本人の心身の状況 | 認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・就労・その他) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | 在宅生活継続の可能性 | <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | 在宅生活に支障のある状況 | <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 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など経済的理由 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | 住環境 | <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | 参考事項 | 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない 入所についての本 人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる | | | | |
| | | 特事項 | 要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。 | | | | |

| | | | |
|-------------------|-------|---------------|-------|
| 施設名 | | 入所申込書受付日 | 年 月 日 |
| 施設受付番号 | | 入所日 | 年 月 日 |
| 保険者への報告 (特例入所) | 年 月 日 | 保険者 への意見 | 年 月 日 |
| | | 特例要件 要介護度等 | 年 月 日 |

| | | | |
|-------|--------------------------|-----------------|--|
| 施設記入欄 | 年 月 日 入記入日 V | 医療の必要性 | |
| | | 同居以外の親族や援護者の有無 | |
| | | 在宅介護の可能性・介護者の事情 | |
| | | 家族の介護負担感 | |
| | | 住環境の状況 | |
| | | その他 | |

| | | | | | | | |
|-------|--------------------------|---------------|---|---|---|----|--|
| 施設記入欄 | 年 月 日 入記入日 V | 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 | |
| | | 1・2・3・4・5 | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | <input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市 | | |
| | | | 点 | 点 | 点 | 点 | |
| | | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 年 月 日 入記入日 V | 要介護度 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 | 地域性 | 合計 | |
| | | 1・2・3・4・5 | <input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 | % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 | <input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市 | | |
| | | | 点 | 点 | 点 | 点 | |
| | | 【評価すべき個別的事項等】 | | | | | |
| | | | | | | | |

別表 基本的評価基準

| 施設入所者等の在宅サービスの みなし利用率 ※2 | | 在宅サービス | 25 | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------|-------|----------------|----------------|----------------|-------|
| | | | 80%以上 | 60%以上 80%未満 | 40%以上 60%未満 | 20%以上 40%未満 | 20%未満 |
| 本人の状況・世帯の状況 | | 評価点 | 35 | 30 | 25 | 20 | 15 |
| 要介護5 | 単身世帯 | 60 | 95 | 90 | 85 | 80 | 75 |
| | 高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯 | 55 | 90 | 85 | 80 | 75 | 70 |
| | その他の世帯 | 50 | 85 | 80 | 75 | 70 | 65 |
| 要介護4 | 単身世帯 | 50 | 85 | 80 | 75 | 70 | 65 |
| | 高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯 | 45 | 80 | 75 | 70 | 65 | 60 |
| | その他の世帯 | 40 | 75 | 70 | 65 | 60 | 55 |
| 要介護3 | 単身世帯 | 40 | 75 | 70 | 65 | 60 | 55 |
| | 高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯 | 35 | 70 | 65 | 60 | 55 | 50 |
| | その他の世帯 | 30 | 65 | 60 | 55 | 50 | 45 |
| 要介護2 (特例入 所対象 者) | 単身世帯 | 30 | 65 | 60 | 55 | 50 | 45 |
| | 高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯 | 25 | 60 | 55 | 50 | 45 | 40 |
| | その他の世帯 | 20 | 55 | 50 | 45 | 40 | 35 |
| 要介護1 (特例入 所対象 者) | 単身世帯 | 20 | 55 | 50 | 45 | 40 | 35 |
| | 高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯 | 15 | 50 | 45 | 40 | 35 | 30 |
| | その他の世帯 | 10 | 45 | 40 | 35 | 30 | 25 |

※1 在宅サービスの利用率

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合。

【算定の対象となるサービス】

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期利用の認知症対応型共同生活介護、
短期利用の地域密着型特定施設入居者生活介護

※2 病院入院・施設入所者で在宅復帰が極度に困難な場合

病院又は他の介護保険施設に入院・入所している人で、退院・退所を求められているが、
在宅復帰が極度に困難な場合は、評価点を25点とする。

※3 地域性による評価

上記の評価点に、入所申込者の居住地により、次の点数を加算する。

- ・大阪市内 5点
- ・隣接市町村 3点

(隣接市町村：豊中市・吹田市・摂津市・守口市・門真市・大東市・東大阪市・八尾市・松原市・堺市・尼崎市)

診 療 情 報 提 供 書

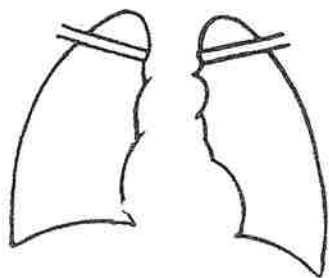
令和 年 月 日

施設名 _____

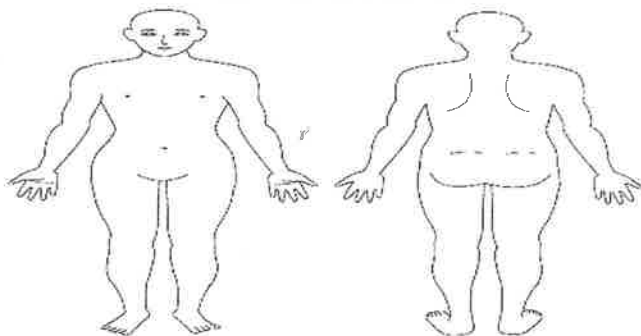
殿

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|------|------|-------|----------------------|-----|----------|-----|
| フリガナ | | | 男 | 明 治 | | | | |
| 氏 名 | | | 女 | 大 正 | 年 | 月 | 日生 () 歳 | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | |
| 電 話 | TEL () | | | | | | | |
| 目 的 | (○をしてください) | | | | (入(通)所の希望に○をしてください) | | | |
| | 1. 日常生活動作 (ADL) の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. その他 | | | | 1. 入所 2. 短期入所 | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | I | II a | II b | III a | III b | IV | M | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | J 1 | J 2 | A 1 | A 2 | B 1 | B 2 | C 1 | C 2 |
| 傷病名 (# 1 ~) | | | | | | | | |
| 既往歴 入院歴 入所歴 | | | | | | | | |
| 現病歴 | | | | | | | | |
| 現在の処方内容 | | | | | | | | |
| 点眼： | | | | | 禁忌薬剤： | | | |
| 外用薬： | | | | | アレルギー： | | | |
| 処置 | 経鼻栄養 胃ろう 尿バルーン 酸素療法 ストーマ インシュリン 透析 その他 () | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----|----|----|----|
| 血圧 | | 身長 | cm | 体重 | kg |
|----|--|----|----|----|----|



四肢運動障害 (障害部位に斜線)



| | |
|-------|------|
| 心電図所見 | 脈 /分 |
|-------|------|

障害名:

| | | | |
|------|----------------------|------|-------------------|
| 皮膚疾患 | ・なし | 認知症 | 無 ・ 有 (軽度・中等度・重度) |
| | ・あり 褥瘡 (無) (有) (部位) | 問題行動 | 無 ・ 有 |
| | 湿疹 (無) (有) (部位) | 具体例 | |
| | 疥癬 (無) (有) (部位) | | |

| | | | | | | |
|-----|------|------|---------|-----|-------|---------|
| 尿検査 | タンパク | 血液検査 | 白血球数 | 感染症 | HBS抗原 | (無) (有) |
| | 糖 | | 赤血球数 | | HCV抗原 | (無) (有) |
| | 潜血 | | ヘモグロビン量 | | MRSA | (無) (有) |
| | ウロビリ | | ヘマグリット | | | |
| | 不詳 | | 血小板数 | | | |

| | | |
|-------|-----|---------------|
| T-BIL | BUN | TP |
| GOT | Cre | Alb |
| GPT | UA | BS |
| γGTP | Na | 糖尿あればHbA1c() |
| ALP | K | TCH |
| LDH | Cl | LDL 可能ならば |
| CHE | CRP | 年 月 日 採血 |

特記事項・ご希望等

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

住 所
医療機関
TEL