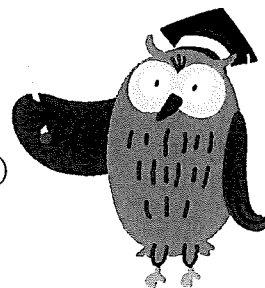


入所までの流れ



入所申込書 受付

入所申込書の提出（持参・郵送）

入所希望者の点数化

ご提出いただいた書類をもとに、鎌ヶ谷市の入所申込者緊急度基準に従い、点数化します。

入所希望者の事前面談

入所希望者のいらっしゃるご自宅、病院、施設等に当施設職員が訪問し、身体や介護の状況等を確認いたします。その際、ご家族からのお話も伺わせていただきます。

入所検討会議

施設職員、第三者委員を含んだ合議体をもって公正な会議を開催し、お申込者の入所の検討・判定を行います。

入所内定のご連絡 入所日の調整

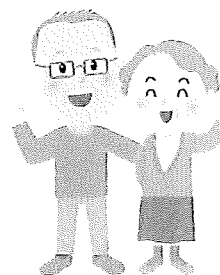
入所内定のご連絡をさせていただきます。また、関係各所と連携し、入所日の調整・決定をします。

入所前健康診断の受診

入所予定日までに入所前健康診断・診療情報提供書を医療機関にて受診の上、ご提出いただきます。

入所

契約書等を交わし、入所となります。



- ・お申し込み順でご入所が決まるものではありません。
- ・入所内定のご連絡後、入所希望者ご本人の身体に変化が生じた際は必ずご連絡ください。必要に応じて再度、事前面談に伺います。
- ・他施設に入所が決定しましたらお手数ですが申込み取下げのご連絡をくださいますようお願いいたします。

入所申込書類の提出につきましては、直接、当施設までお持ちいただくことをお勧めしております。あらかじめ、お電話にてお持ちいただく日時をお知らせください。

なお、郵送の際の書類紛失につきましては、施設側では責任を負うことはできません。郵便書留等の配達記録が残るものをご利用ください。



特別養護老人ホーム アウル鎌ヶ谷ネクスト 入所お申込み必要書類

お申込み方法は、次のようになりますので、入所申込書にご記入の上、添付書類とともにご提出いただきますようお願い申し上げます。

1、①～⑥までの必要書類をご用意の上、当施設まで直接お持ちいただくか、郵送にてお申し込みください。

※直接お持ちいただく場合は、お手数ですが事前にお電話をお願いいたします。

- ① 入所申込書（様式1）
- ② 介護保険被保険者証の写し
- ③ 介護保険負担割合証の写し
- ④ 要介護認定審査会資料（訪問調査部分及び主治医意見書部分）
※介護認定を受けている市（保険者）より取得してください。
- ⑤ 直近2ヶ月のサービス利用票別表の写し ※在宅サービス利用者のみ
- ⑥ 介護保険負担限度額認定証（認定を受けている方のみ）の写し
- ⑦ 状況申立書

2、お申し込み後について

別紙の『入所までの流れ』をご参照ください。

3、お申し込み取り下げについて

お申し込みを取り下げる場合当施設までお手数ですがご連絡をお願いいたします。

ご不明点などございましたら、下記までお問い合わせください。

◆◇連絡先・郵送先◇◆

特別養護老人ホーム アウル鎌ヶ谷ネクスト

【住所】〒273-0136 千葉県鎌ヶ谷市佐津間 616 番 3

【電話】 047-404-5321 【FAX】 047-441-0370

【担当】 生活相談員 志村 永田

	状態	可否	要件
	経管栄養（胃瘻）	○	
	経管栄養（経鼻胃管）	×	
	持続点滴	×	
	中心静脈栄養（IVH）	×	
	中心静脈栄養（CVポート造設後）	△	諸症状が嘱託医対応範囲であれば可能
	インスリン注射	○	自己管理以外の方はご相談ください
	在宅酸素	○	自己管理以外の方はご相談ください
	ペースメーカー植込み	○	
	人工透析	○	家族による通院透析が可能な方
	腹膜透析	×	
	ストマ造設	○	
	導尿	○	自己管理以外の方はご相談ください
	尿道カテーテル留置	○	
	気管切開	×	
	喀痰吸引	○	頻度等によるためご相談ください
	創傷処置	○	処置レベルによるためご相談ください
	感染症（MRSA）	○	
	感染症（ESBL）	○	
	感染症（B・C型肝炎）	○	
	感染症（梅毒）	○	
	感染症（HIV）	○	
	感染症（結核）	○	自宅療養が可能な場合のみ
	感染症（疥癬）	○	
	特定疾患	○	疾患によるためご相談ください
	高次脳機能障害	○	障害レベルによるためご相談ください
	終末期（看取り）	○	

※上記はおおよその目安になります。不明な受入基準についてはお問い合わせください。

※衛生材料等の費用は実費ご負担いただきます。

※夜間はオンコール体制の看護体制となります。看護師・医師の判断により救急搬送となる場合は緊急連絡先へのご連絡とさせていただきます。

※日中急変、緊急受診時も救急対応と同時に緊急連絡先へのご連絡とさせていただきます。

様式1 表

指定介護老人福祉施設等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	アウル鎌ヶ谷ネクスト		保 険 者	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏 名		男・女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	
現 住 所	〒 —			
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期:平成・令和 年 月から入所・入院している			
入所希望者の状況 入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <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"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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"/> その他()			
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
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() () ()			
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏 名		男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)		
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		

主たる介護者・家族等の状況	主たる介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満 備考:
	介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> なし 備考:
	介護者の障害と疾病	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> なし 備考:
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上・高齢で就労不能 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> なし 備考:
	介護者が育児、家族が病気	<input type="checkbox"/> 常時の育児看病 <input type="checkbox"/> 半日育児看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児看病 <input type="checkbox"/> なし 備考:
	他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり 備考:
	別居血縁介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり 備考:
	近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり 備考:

状況申立書

- 入所希望者の状況に該当するものにチェックをして下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身体状況	障害高齢者の日常生活自立度	□J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
	歩行	□自立 □杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 □一部介助 □歩行不可 【特記事項】		
	移乗	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	排泄	□自立 □見守り必要 □一部介助 □ポータブル使用 □おむつ使用 □全介助 【特記事項】		
	食事	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	入浴	□自立 □見守り必要 □一部介助 □清拭のみ □全介助 【特記事項】		
	視力	□普通 □弱視 □全盲	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴
	嚥下(えんげ)	□自立 □見守り必要 □不可	睡眠	□良 □不良(服薬 なし・あり)
	麻痺	□なし □あり (部位:)	褥瘡(じよくそう)	□なし □あり (部位:)
コミュニケーション	発語	□話ができる □聞き取りにくい □何を言っているか分からない □話せない		
	意思決定	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
	理解	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
認知症及・精神状態・問題行動	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
	精神状態	□幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 【特記事項】		
	問題行動	□やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
サービス	利用サービス	□訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □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 □地域密着型サービス(サービスの名称:)		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 ____月 ____円・ ____月 ____円		
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
	医療器具の使用	□経管栄養(胃ろう・経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □喀痰吸引 □その他() 【特記事項】		
ケアマネジャー	事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
	特記事項			

状況申立書

記入例

するものにチェックをして下さい。
いる場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身 体 状 況	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器・手すり等がなければ歩行可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可 【特記事項】			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブル使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
	嚥下(えんげ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(服薬 なし・あり)			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)			
	ケ ー コ ミ ュ ニ シ ョ ン	発語	<input type="checkbox"/> 話ができる <input type="checkbox"/> 聞き取り ない <input type="checkbox"/> 話せない		
意思決定		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない			
理解		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない			
認 知 症 及 ・ 精 神 状 態 ・ 問 題 行 動	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	精神状態	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想(被害・嫉妬・物盗) <input type="checkbox"/> セクシャル <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 【特記事項】			
	問題行動	<input type="checkbox"/> やたらに物を口に入れる <input type="checkbox"/> 物を拾い集める <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 繰り返し行為 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 火の扱い(消し忘れ等) <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】			
サ ー ビ ス 利 用	利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス(サービスの名称:)			
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 月 円 ・ 月 円			
医 療 の 状 況	現在治療中の病気・ケガ				
	現在の治療				
	現在の服薬				
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい				
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】		
	医療器具の使用	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他() 【特記事項】			
ケ ア マ ネ ジ ャ ー	事業所名	担当ケアマネジャー			
	電話番号				
	特記事項				

J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

P15を参考にして記入してください

P16を参考にして記入してください

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

福祉用具貸与 地域密着型サービス(サービスの名称:)

自宅に居住していて、介護サービスを利用している方は、サービス利用票別表の金額を記入してください