

妙高市内の施設入所の申し込みをお考えの皆様へ

平成23年4月

妙高市内の介護施設の利用申込書が今春より統一されます。今まで各施設で異なっていた利用申込書が共通になったことにより、煩雑な記入がなくなり、大変便利になりました。

《共通書式とは…？》

【様式1】妙高市施設利用申込書（3枚）

【様式2】介護支援専門員意見書

これらの書類が共通になり、コピーでの提出が可能となりました！

◎申込できる施設と必要書類は以下のとおり

	【様式1】 施設利用申込書	【様式2】 介護支援専門員 意見書 ※1	診療情報提供書 ※2	介護保険証 コピー
【介護老人保健施設】 ・新井愛広苑 ・はねうまの里	○	—	○	○
【特別養護老人ホーム】 ・みなかみの里 ・名香山苑 ・フナの里 ・ゆきのみや	○	○	—	○
【グループホーム】 ・グループホーム新井 ・グループホームいしづか ・グループホーム癒しの家池の平 ・グループホーム七福神 ・グループホームてるてる家族 ・グループホームまゆ池の平	○	—	○	○

※1 介護支援専門員意見書：担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）に依頼してください。

※2 診療情報提供書：主治医に依頼してください。

《申込みの方法》

・【様式1】に必要事項を記入のうえ、申込みをしたい施設の必要書類を添えて利用希望の施設窓口まで提出してください。

・【様式1】【様式2】はコピーで提出できます。複数施設に申込みをしたい場合は、記入用紙を原本とし、コピーを各施設に提出してください。

・診療情報提供書は、病院で様式を用意していない場合に添付の様式をご利用ください。

◇介護の状況など変更があった場合には、各施設までご一報ください。

◇ご不明な点は、申し込みをする施設や担当介護支援専門員、市役所（本所・支所）の窓口等にお気軽にお問い合わせください。

※裏面に市内入所施設一覧があります。

◇妙高市内の入所施設一覧(共通申込書の使える施設)◇

平成23年4月現在

【介護老人保健施設】	住 所	電話番号	FAX番号
新井愛広苑	妙高市大字小原新田528	81-1181	81-1171
はねうまの里	妙高市田町2-4-7	72-3199	72-3234
【特別養護老人ホーム】	住 所	電話番号	FAX番号
みなかみの里	妙高市大字上新保549	73-7733	72-9785
名香山苑	妙高市大字関川733-20	86-5321	86-5322
ゆきのみや ※1	妙高市大字宮内92-3	72-7007	72-7017
ブナの里	妙高市大字西田屋新田247	81-3232	81-3591
【グループホーム】	住 所	電話番号	FAX番号
グループホーム新井	妙高市高柳2-6-2	70-6564	70-6617
グループホームいしづか	妙高市石塚町2-1094	70-0680	72-3221
グループホーム癒しの家池の平	妙高市大字関川2228-2	70-2481	70-2482
グループホーム七福神	妙高市末広町1124	70-5307	70-5308
グループホームてるてる家族	妙高市柳井田町4-14-1	75-1212	75-1222
グループホームまゆ池の平	妙高市大字関川2351	86-2314	86-2315

※1「ゆきのみや」は4月中旬開所予定です。

◆上記以外の施設は、共通申込書が使用できないところもあります。各施設へ直接お問い合わせください。

【様式1】

妙高市介護施設利用申込書 (1/3)

(1)利用者および申請者に関すること

記入日：平成 年 月 日

フリガナ				性別	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)		
利用者氏名				住所	〒 TEL			
要介護度	被保険者番号			認定期間	年 月 日～ 年 月 日・申請中			
居宅介護支援事業所		(担当ケアマネ)			TEL			
現在の状況	1 自宅(独居・同居) (主介護者) 2 病院入院中(入院日: 年 月 日より、病院名:) 3 施設入所中(入所日: 年 月 日より、施設名:)							
利用中のサービス	通所介護 短期入所生活介護 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 その他()							
経済状況	1か月にお支払い可能な金額 ⇒ ¥ /月	《年金種類》		《介護保険負担限度額認定》※食費額に○を 300円 390円 650円 該当なし				

◎申請者情報

フリガナ				続柄				
申請者氏名								
申請者連絡先	〒			TEL (自宅)		TEL (携帯)		
申請者以外の連絡先	《氏名》			《続柄》		TEL (自宅)		
	《住所》					TEL (携帯)		
希望居室	多床室 個室 どちらでも (※グループホームは個室のみです)							
入所目的(申請理由)	本人							
	家族							
入所希望期間	平成 年 月 日～()まで / できるだけ長く							
希望する退所後の経路	1 自宅へ(年 月 日ころを予定) 2 他の施設(施設名:) 申込中・申込未 3 未定(本人次第・介護者次第)							

◎家族情報(同居・別居ともに記入)

同居者	続柄	年齢	勤務先など	
別居の親族	続柄	年齢	住所	電話番号

妙高市介護施設利用申込書 (2/3)

(2) 医療状況

既往歴	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無	
			年 月 日		有 ・ 無
			年 月 日		有 ・ 無
			年 月 日		有 ・ 無
			年 月 日		有 ・ 無
内服中の薬	※おくすり手帳のコピーか、薬処方の際にでる用紙の添付でもけっこうです				
かかりつけ医	病院 ・ 医院		先生		

(3) 生活に関すること

生活歴 (出身地・学歴・結婚・職業・趣味・娯楽など)			
飲酒	飲む (飲酒量:)	以前は飲んでいたが今は飲まない	飲まない
喫煙	吸う (喫煙量:)	以前は吸っていたが今は吸わない	吸わない
嗜好	好き嫌い ()		
(本人・家族とも) 希望する援助	病気や健康面		
	食事・栄養面		
日常生活面 (リハビリなど)			

(4) 性格・認知症に関すること

性格傾向	
対人関係	
認知症による問題	無 ・ 有 ⇒ 「認知症専門医」への受診状況【なし・あり・現在も通院中】

【情報収集及び情報提供に係わる同意について】

私は、妙高市の施設への入所申込みに際し、私(入所希望者およびその家族等)に関する情報を市町村や担当居担介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

利用者氏名

(印)

申請者氏名

(印)

妙高市介護施設利用申込書 (3/3)

(5) 身体状況および日常生活動作に関すること

視力障害	右	無・有 ()		眼鏡使用	聴力障害	右	無・有 ()		補聴器使用			
	左	無・有 ()		無 有		左	無・有 ()		無 有			
言語	無・有 状態 ()											
麻痺	無・有 部位 ()											
拘縮	無・有 部位 ()											
四肢の痛み	無・有 部位 ()											
皮膚疾患	無・有 部位 ()											
寝返り	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
起き上がり	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
座位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
立位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
移乗	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
移動	独歩	杖	シルバーカー	歩行器()	車椅子()	つたい歩き	いざり					
	自立	見守り	一部介助	(介助内容:)			全介助					
食事	自立	一部介助(介助内容:)					全介助					
	主食形態	()			普通・大盛・小盛	摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり					
	副食形態	()			普通・大盛・小盛	摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり					
	食事制限	無・有(内容)										
	アレルギー	無・有(内容)										
	嚥下状態	良好	不良	むせ	あり	なし	とろみ	必要	不要			
経管栄養	経鼻	胃ろう	腸ろう	: 栄養の種類()								
	: 総カロリー		Kcal	: 白湯	ml/日	回数	回/日					
口腔ケア	自菌	無・有	義歯	無・有	(総義歯・部分義歯)							
	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
排泄	尿意	有	不確か	無	状態	正常	頻回	導尿	フォーレ	その他()		
	便意	有	不確か	無	状態	回/日	自然	下剤	坐薬	摘便	浣腸	ストマ使用
	日中	トイレ	ポータブル	オムツ	その他()	使用	布パンツ	紙パンツ	パット	オムツ		
	自立	誘導	一部介助	(介助内容:)			全介助					
夜間	トイレ	ポータブル	オムツ	その他()	使用	布パンツ	紙パンツ	パット	オムツ			
自立	誘導	一部介助	(介助内容:)			全介助						
入浴	普通浴	座位浴	寝台浴	ベッドバス	その他()							
	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
更衣	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
意志疎通	問題なくできる やや問題あり 日常的に困難 できない											
不適応行動	<input type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える					<input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的になる						
	<input type="checkbox"/> 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう					<input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している						
<input type="checkbox"/> 火器やマッチ等の火の不始末がある					<input type="checkbox"/> 異食や不潔行為がある							
<input type="checkbox"/> 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う					<input type="checkbox"/> 作り話がある、または話がまとまらない							
<input type="checkbox"/> その他()												
生活環境	ベッド・マット	畳対応	介護用ベッド()			マット()						
	その他	4点柵	つなぎ服	ミトン	抑制帯	コールマット	()					
<input type="checkbox"/> その他()												
記入日 (H)	年	月	日	記入者()	続柄・職種 ()							
現在の状況	在宅	入院中	施設入所中	その他()								

介護支援専門員意見書

利用希望者氏名

1、本人の状況

●障害老人の日常生活自立度	C2 ・ C1 ・ B2 ・ B1 ・ A2 ・ A1 ・ J2 ・ J1 ・ 正常
●認知症高齢者の日常生活自立度	M ・ IV ・ IIIb ・ IIIa ・ IIb ・ IIa ・ I ・ 正常

2、在宅サービスの利用度(在宅サービスの利用限度額割合)

80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	入所施設 利用中の 場合	20%未満	入院中・ 利用したこ とがない
利用中の 介護サービスに ○	通所介護 訪問看護 小規模多機能型居宅介護	通所リハビリ 訪問入浴	訪問介護 福祉用具貸与 その他()	訪問リハビリ 居宅療養管理指導	短期入所生活介護	

※判断基準

- ・サービス利用別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。
(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)
- ・算定の期間としては、概ね3ヶ月を標準とし、平均利用割合により判断する。
- ・算定の対象となるサービスは上記サービス一覧のとおりとする。

3、主たる介護者の状況

主たる介護者の年齢・続柄 _____ 歳 (続柄 _____)

●介護者の障がい・疾病	なし ・ あり	介護は困難 ・ 多少は可能 ・ 介護は可能
-------------	---------	-----------------------

※介護者の障がい疾病での判断基準

- 「介護は困難」・・・介護者が障がいや疾病のため用介護者の排泄・入浴・移動・着替え・食事などADL全般の援助が困難な場合。
- 「多少は可能」・・・介護者が障がいや疾病のためおおむね2つ程度のADL援助ならばできる場合。
- 「介護は可能」・・・介護者に障がいや疾病はあるが、ADL全般の援助・介護が可能なる場合。

●介護者の就労	なし ・ あり	勤務形態: _____ 勤務時間 _____ 日/週 時間/日
●介護者の育児・複数の介護	なし ・ あり	状 況: _____
●他の同居介護補助者	なし ・ あり	続 柄: _____ 日/週程度
●別居血縁者の介護協力	なし ・ あり	続 柄: _____ 日/週程度

4、その他の状況(該当する場合は口欄にチェックをし、具体的に理由を記入してください)

- 介護保険の居宅サービス給付の区分限度額を超えており、経済的に負担が大きい。
(具体的に: _____)
- 居住環境の事情により十分な介護が困難である。
(具体的に: _____)

その他 (評価基準の特記事項に関すること)	
--------------------------	--

作成者所属			
担当者名		電話番号	

診療情報提供書

先生 御机下

上記のとおり診断します

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生					
住所											
既往及び現病歴	病名 ①	_____									
	②	_____									
	③	_____									
経過	_____										
治療薬											
現在の状況	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
一般状態	身長	cm	体重	kg	血压	/	脈拍	/min	整・不整		
	麻痺	無・有	(部位)								
	褥瘡	無・有	(部位)								
	疥癬等の皮膚疾患	無・有	(部位)								
	その他の留意すべき感染症の有無	無・有	(具体的に)								
検査所見	RBC	$10^4 / \mu l$	Hb	g/d l	WBC	μl					
	GOT	U/l	GPT	U/l	クレアチニン	mg/d l					
	血糖 (随時 / 空腹)	mg/d l	Alb	g/d l							
	その他の検査値	:									
	胸部X線	異常無・有	(具体的に)				ECG	異常無・有	()		
ケア上の留意点/要望事項 (リハビリ目標など)											

平成 年 月 日 病院名

医師氏名

印

記入 施設 入欄	受付日	平成 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームみなかみの里 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム名香山苑 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設ゆきのみや	
	登録番号				
	担当者				
申込者	(フリガナ)		続柄	住	〒 -
	連絡先:	(その他)			
利用希望者	(フリガナ)		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)
	連絡先:		男・女	住	〒 -
内容変更	<input type="checkbox"/> 要介護度の変更 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員意見書の変更 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護者の状況の変更 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームへの入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族の状況の変更 <input type="checkbox"/> 介護サービス等利用状況の変更				
提出方法	※ 直接お持ちいただくか、又は電話連絡のうえ、下記にファックスか郵便で送付してください。 (他の特別養護老人ホームへの入所、または死亡された場合、電話連絡だけでも結構です。) ※ 介護支援専門員意見書に変更がある場合は、意見書を添えて提出してください。 【連絡先】 特別養護老人ホームみなかみの里施設入所課 電話:0255(73)7733 FAX:0255(72)9785 特別養護老人ホーム名香山苑施設入所課 電話:0255(86)5321 FAX:0255(86)5322 地域密着型介護老人福祉施設ゆきのみや施設入所 電話:0255(72)7007 FAX:0255(72)7017				

要介護認定	要介護度	1 . 2 . 3 . 4 . 5	保険者番号												
	要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	被保険者番号												
介護者の状況等	現在の居	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <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													
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「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(日中独居となり常時の)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できないため <input type="checkbox"/> 介護するものが遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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限度額を超えており、経済的に負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他													
家族の状況	家族構成(主たる介護者にレ点をつけて下さい)	氏名	続柄	年齢	同・別居	勤務先・居住地・連絡先等									
		<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>													

(表)

介護サービス等利用状況	介護支援専門員	氏名	事業所名	電話	()
	利用中の介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
病院 その他の施設 利用状況 (過去3ヶ月程度)	施設名	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	()
		<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
			期 間		
			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		