

◆◇ ベルタウン **特別養護老人ホーム
老人保健施設
居宅サービス** **ベルライブ
ベルアルト
デイケア
デイサービス
ショートステイ** ◆◇ **利用申込みのご案内** ◆◇

この度は、ベルタウン(複合型福祉施設)利用についてお問い合わせいただきありがとうございます。
利用申込みに関し、必要となる書類がととのい次第、電話にてご連絡いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

- <同封書類> ○ ご案内
○ ベルタウンパンフレット
○ 利用申込み書類一式

<申込書類>

		特養	老健	通所(デイケア・ デイサービス)	ショートステイ
①	利用申込み書(様式1:基本情報)		○	○	○
②	利用申込み書(様式2:各サービス利用申込み)		○	○	○
③	診療情報提供書(当法人規定)	内定後必要	○	○	○
④	介護保険被保険者証(写し)	○	○	○	○
⑤	居宅サービス計画書(1)		○	○	○
⑥	居宅サービス計画書(2)		○	○	○
⑦	アセスメント表(フェイスシートなど)		○	○	○
⑧	指定介護老人福祉施設入所申込(堺市様式1)	○			
⑨	指定介護老人福祉施設入所申込(堺市様式2)	○			
⑩	介護保険要介護認定調査票基本調査票(写し)	○			
⑪	入所申込みに係る同意書	○			
⑫	サービス利用票及び利用票別表(写し)	○直近3ヶ月	○直近	○直近	○直近

- * 重複している書類は共有させていただきますので1通で結構です。
①様式1は全サービス(特養を除く)を通して1通で結構です。
②様式2は各希望サービスごとにご準備下さい。
③同封の診療情報提供書を現在のかかりつけ医療機関にご依頼下さい。
複数の診療科目、医療機関にかかられている場合は下記までご相談ください。
④介護保険証をコピーして下さい。
⑤・⑥・⑦は担当ケアマネージャーにご依頼下さい。(※既存のもので結構です。)
《入院・入所中の方は病院・施設の相談員や担当看護師にご相談いただき、必要書類⑤・⑥・⑦の代わりに看護サマリーや退所時連絡表などをご準備ください。》
⑫特養以外は直近1ヶ月のサービス利用票及び別表のコピーをご準備下さい。(入院・入所中の方は不要)

<連絡先> **〒590-0064**
堺市堺区南安井町3丁1番1号
ベルタウン 相談課

TEL **072-221-7001** または **072-221-7002(代表)**

* ご不明な点がございましたら、ベルタウン相談課(上記の通り)までお問い合わせください。

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small>	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日： 平成 年 月 日		

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。

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 (満 歳)			要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日						
	要介護度	<p>1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護 1 ・ 2 は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/>単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である、若しくは育児、就労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。</p>										
	障害の程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)										
	自宅住所	〒		電話番号								
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<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										
		施設・病院の名称	所在地		〒 -							
		入所又は入院期間	平成 年 月から (年 か月)		電話番号	()						
	入所申受理由	<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"/> 介護する者が育児をしていることから、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・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者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"/> 拒否している <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											

本人の状況	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無	□有(下記も記入してください) □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
		通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:		担当ケアマネジャー名			

医療の状況	医療の状況	□経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □インスリン自己注射 □ストーマ(人工肛門)処置 □カテーテル □中心静脈栄養 □その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】				
	他施設への申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んで(予定も含む) いる ()箇所 既に申し込んでいる施設名 () () 今後申し込む予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月				

主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人				
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居 □別居 住所:	
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		電話番号: ()	
	意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)、育児の状況、仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入)				
同居以外の親族・縁者者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし					

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
- 注2 要介護度など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。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）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介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 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)	:	:	:	:	:	:	:	:

ケ ア マ ネ 年 ジ 月 ヤ 日 (記 入 日) 欄	事業所名	連絡先電話番号			
	担当ケアマネジャー氏名	職 種			
	基本的評価基準				
	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
	3 ・ 4 ・ 5 1 ・ 2 (特例入所対象)	・ 単 身 ・ 高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・ 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・ その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内・隣接市	
	点 数	点	点	点	点
	【本人の心身の状況】		<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 ()		
	<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・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <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 ()		【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <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 ()		
	【介護者の状況】		【参考項目】		
	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者が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・障害・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 ()		<input type="checkbox"/> 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <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ないが順調 ・ 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はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <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		
【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					
【特記事項】					

施設記入欄	年 月 日 (記入日)	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	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	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	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内・隣接市	
		点数	点	点	点	点
	【評価すべき個別的事項等】					
	年 月 日 (記入日)	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	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯 ・介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労のため介護できない世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内・隣接市	
点数		点	点	点	点	
【評価すべき個別的事項等】						

主治医先生御侍史

社会福祉法人 悠人会
特別養護老人ホーム ベルライブ
介護老人保健施設 ベルアルト

診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に（ 通院 ・ 入院 ）中の（ ）様がこの度、
当施設の利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが、下記の要領でこの患者様の診療情報提供書の
ご記入をお願い申し上げます。

記

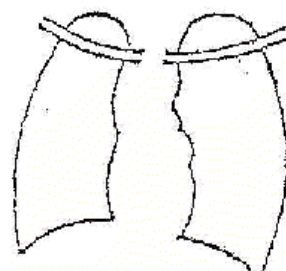
- (1) 胸部 X 線：原則として直近 3 ヶ月以内に直接撮影した結果をご記入ください。
尚、やむを得ず来院できない場合には、聴診による特記事項をご記入ください。
- (2) HBs・HCV などの検査データはおおむね 1 年以内のものをご記入ください。
MRSA・結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入ください。
- (3) お手数ですが、既に施行された検査データがある場合は、ご添付ください。

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願い致します。

〒590-0064 堺市堺区南安井町 3 丁 1 番 1 号

特別養護老人ホーム	ベルライブ	電話	072-221-7002
		FAX	072-221-7032
介護老人保健施設	ベルアルト	電話	072-221-7001
		FAX	072-221-7021

診療情報提供書

フリガナ		性別	男	生年月日(満 歳)
氏名		性別	女	M・T・S 年 月 日
住所	(-)			
	TEL - () -			
身長	体重			
	cm		kg	
傷病名				
既往歴及び家族歴の特記事項				
症状経過・検査結果・治療経過			<p style="text-align: center;">胸部 X 線 異常有・無()</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	
現在の処方				
<p>感染症</p> <p>HBs抗原(+-) HCV抗体(+-) TPHA定性(+-)</p> <p>MRSA 既往有・無 (年 月頃発症・不明) (部位: 喀痰 尿 褥瘡)</p> <p>結核 既往有・無 (年 月頃発症・不明)</p> <p>疥癬 既往有・無 (年 月頃発症・不明) アルブミン値() 月 日</p> <p>インフルエンザ予防接種 有・無 (年 月 日 摂取)</p> <p>肺炎球菌ワクチン接種 有・無 (年 月 日 摂取)</p>				
上記の通り報告致します。				
				平成 年 月 日
所在地				
医療機関名				
医師名	科	印		