

利用申込者様

社会福祉法人 悠人会
ベルタウン

◆◇ 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	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。》

⑪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。

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	社会福祉法人 悠人会		
	入所申込施設名	介護老人福祉施設 ベルライブ		

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)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください							
	自宅住所	〒 _____				電話番号	()				
	現在の居所	自宅	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> その他 ()								
		自宅以外	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院等に入っている <input type="checkbox"/> その他 ()								
			施設・病院等の名称			所在地	〒 _____				
		入所又は入院期間	平成 年 月 から		電話番号	()					
	入所申込理由	<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										
	在宅介護継続期間	年 月	在宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記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	(その他に利用しているサービス等)								

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									
受付日	年 月 日	受付番号		保険者(番号)									

事業所名				連絡先 電話番号								
記入者氏名				職 種	ケアマネージャー・その他 ()							
基本的 評価事項	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 介護者有	%	同 一 市 町 村(5 点) 圏 域 内 ・ 隣 接 市(3 点)		点		
	痴呆性の有無		□未利用 □入院・入所中									
	有 ・ 無											
点 数	点			点	点			点				
ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー 見 入 覧	<p>(1) 【本人の心身の状況】</p> <p>《行動等》</p> <p><input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> たびたび道に迷う</p> <p><input type="checkbox"/> 電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬管理ができない</p> <p><input type="checkbox"/> やたらに物を収集したり、昼夜逆転、徘徊、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為等がある</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>《日常動作等》</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 着替え、食事、排便、排尿に時間がかかる</p> <p><input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>				<p>(5) 【在宅生活に支障のある状況】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的理由</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>(6) 【住環境】</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改修をした(手すりやバリアフリー等)</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>(7) 【参考項目】</p> <p>① 《介護者の負担感》</p> <p><input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>② 《意思疎通》</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難</p> <p><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題はない</p> <p>③ 《入所について》</p> <p><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 拒否傾向</p> <p><input type="checkbox"/> 同意している</p> <p><input type="checkbox"/> 強く望んでいる</p>							
	特 記 事 項											

施設記入欄	年	医療の必要性				
		同居以外の親族・その他	無			
	有		1. 子（ 人）	2. 兄弟等（ 人）	3. 親族（続柄： ）	4. その他（ ）
	月	在宅介護の可能性 介護者の事情				
	日	介護者の負担感				
	記入日	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	
施設記入欄	年	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						
	月	痴呆性の有無		単身介護者有	%	同一市町村圏域内、隣接市		
		有・無						
	日			点	点	点	点	
	記入日	【評価すべき個別の事項等】						
施設記入欄	年	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						
	月	痴呆性の有無		単身介護者有	%	同一市町村圏域内、隣接市		
		有・無						
	日			点	点	点	点	
	記入日	【評価すべき個別の事項等】						

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

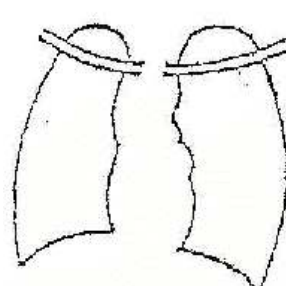
- (1) 胸部 X 線：原則として直近 3 ヶ月以内に直接撮影した結果をご記入ください。
尚、やむを得ず来院できない場合には、聴診による特記事項をご記入ください。
- (2) HBs・HCV などの検査データはおおむね 1 年以内のものをご記入ください。
MRSA・結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入ください。
- (3) お手数ですが、既に施行された検査データがある場合は、ご添付ください。

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			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			胸部 X 線 異常有・無()	
				
			平成 年 月 日	
現在の処方				
感 染 症				
HBs 抗原 (+ ・ -)		TPHA 定性 (+ ・ -)		HCV 抗体 (+ ・ -)
MRSA	既往 有 ・ 無 ()	年 月頃発症 ・ 不明	(部位 : 喀痰 尿 褥瘡)	
結核	既往 有 ・ 無 ()	年 月頃発症 ・ 不明		
疥癬	既往 有 ・ 無 ()	年 月頃発症 ・ 不明	アルブミン値()	月 日
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