

入所申込みご希望者 様

この度は、入所申込みのお問い合わせを頂き、ありがとうございます。入所申込みについて、下記の内容をご確認いただき、お申し込みをお願い申し上げます。

●申込みに必要なもの

下記①、②に必要な事項をご記入のうえ、③～⑦を添付ください。

①特別養護老人ホーム 入所申込書兼台帳（様式1）

※入居希望者自身又はご家族等がご記入ください。

②特別養護老人ホーム 入所選考調査票（様式2）

※担当のケアマネジャーに記入をお願いしてください。入院中の場合は、看護師又は相談員等、老人保健施設等に入所中の場合は、支援相談員又はケアマネジャーの方にご相談ください。

③要介護認定調査票の基本調査の写し

※介護保険保険者(各市区町村)にお問い合わせの上、基本調査票の外部提供申請をお願いします。

④直近3か月分のサービス利用票及びサービス利用票別表の写し

※介護保険の在宅サービス（通所や訪問等）をご利用されている方はご用意ください。

⑤診療情報提供書

別添の「診療情報提供書」を主治医等に記入ご依頼ください。

⑥介護保険被保険者証の写し

⑦介護保険負担割合証の写し

⑧介護保険負担限度額認定証の写し ※ 認定を受けられている場合

●お申し込みについてお願い

(1) 申し込み必要書類を窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申し込みください。

(2) 記入漏れ、書類の不備の場合、お申し込み完了とならない場合がありますので、お申込み前にご確認ください。(不明な点は、下記担当者へお問合せください。)

『標準様式1』主たる介護者の状況（介護しているうえで困っていることなど）は、入所判断に重要な情報となりますので、できる限り詳しくご記入ください。

(3) お申込みいただいた後に要介護状態区分の変更、身体的、精神的な状態変化や、入院、他の介護保険施設の入所等又は介護者の著しい状況変化等の際は、必ずご連絡ください。

(4) 入所の緊急性が高い方より入所決定となります。お申し込み順ではございませんので、ご理解の上、お申し込み頂きますようお願いいたします。

●医療の対応について

医療対応表

胃瘻	△	バルーン装着	○	IVH	×
その他の経管栄養	×	透析	×	結核	×
ストーマ	○	在宅酸素	○	疥癬	×
インスリン	○	気管切開	×	ペースメーカー	○

○…受入可能, △…相談または今後検討, ×…受入不可

●ご利用料金

別紙；ご確認ください。

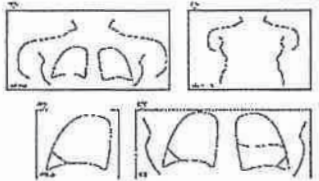
※ご不明な点等ございましたら、下記担当者までご連絡下さい。

社会福祉法人ともしび福祉会
特別養護老人ホームともしび
〒533-0033
大阪市東淀川区東中島5丁目19-3
TEL：06-6326-6700
担当：(生活相談員) 坂口 ・ 小林

診療情報提供書

社会福祉法人 ともしび福祉会
 特別養護老人ホーム ともしび 宛

医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師名

フリガナ			明治	年	月	日 (歳)	
氏名	(男・女)		大正				
住所	〒		TEL				
傷病名	1	発症年月日		年	月	日	
	2	発症年月日		年	月	日	
	3	発症年月日		年	月	日	
既往歴 及び 経過 その他 特記 すべき 事項			処方 内容	(内服薬) (外服薬)			
検査	胸部 X ・ P	所見 (正常 ・ 異常)		認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
		 ※撮影日 年 月 日		問題行動 [有・無] ()			
	ECG (正常・異常) 不整脈 (有・無) ※心電図のコピーを添付願います		障害度	自立・J・J2・A1・A2・B1・C1・C2			
	検 尿 検査 糖 + ・ - 蛋白 + ・ - 潜血 + ・ - その他		感覚障害	視覚障害 [有・無] 聴覚障害 [有・無] 言語障害 [有・無]			
	血液検査 白血球 GOT Na 赤血球 GPT K ヘモグロビン 尿酸 Cl ヘマトクリット 総コレステロール 血小板 血糖 (空腹時) 総蛋白 クレアチニン アルブミン 尿素窒素 HbA1c ※糖尿病お持ちの方のみご記入ください [※ 検査日 年 月 日]		皮膚疾患	疥癬 : 有 [] 無 [] 褥瘡 : 有 [] 無 [] 湿疹 : 有 [] 無 [] その他皮膚疾患 : 有 [] 無 [] ※現在継続中の処置 (詳細記入) []			
	検 査 尿 検査 糖 + ・ - 蛋白 + ・ - 潜血 + ・ - その他						
	血液検査 白血球 GOT Na 赤血球 GPT K ヘモグロビン 尿酸 Cl ヘマトクリット 総コレステロール 血小板 血糖 (空腹時) 総蛋白 クレアチニン アルブミン 尿素窒素 HbA1c ※糖尿病お持ちの方のみご記入ください [※ 検査日 年 月 日]						
	特別な処置 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他の処置 []						
	感染症 <input type="checkbox"/> TPHA[+・-] <input type="checkbox"/> HBs抗原[+・-] <input type="checkbox"/> HCV抗体[+・-] <input type="checkbox"/> MRSA[+・-] <input type="checkbox"/> 結核[+・-]						