

**A面**

特別養護老人ホーム 入所申込書(兼同意書)

新規申込日: 年 月 日  
 変更日: 年 月 日

※2回以上変更する場合は、変更日を二重線で訂正してください。

センター管理番号

※入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内を正確にご記入ください。ご不明な場合はケアマネジャーなどにご相談ください。事実と相違する場合は優先順位が変更されます。

（連絡窓口） 申込者	フリガナ		続柄		日中	( )	自宅・勤務先	<input type="checkbox"/>
	氏名				夜間	( )	自宅・勤務先	<input type="checkbox"/>
	〒				FAX	( )	自宅・勤務先	<input type="checkbox"/>
	住所				携帯電話	( )		<input type="checkbox"/>

※連絡がつかない場合は、入所の順番が遅くなる可能性があります。必ず連絡がつく番号をご記入ください。

※「施設のコシエルジュ」から入所申込後の状況の確認や各種サービスのご案内をさせて頂く場合があります。

介護支援 専門員	フリガナ		事業所	
	氏名			
	連絡先	TEL ( )	FAX ( )	

※入所希望者の状況をより正確に把握する為に記入をお願いします。状況について問い合わせる場合があります。記載しないことで不利益を受けることはありません。

入所希望者本人・家族の状況	（ア）入所希望者本人の状況→下記の該当する番号1つに○	※家族とは、配偶者(同等の関係にある者)、一親等(父母、子、子の配偶者)二親等(祖父母、孫兄弟姉妹、孫の配偶者、本人の兄弟姉妹の配偶者)とします。
	1 独居	
	2 高齢者(65歳以上)のみの世帯	
	3 同居家族がいる	
	（イ）主たる介護者である家族の状況→下記の該当する番号1つに○	
	1 主たる介護者である家族がいない(音信不通を含む)	
2 主たる介護者である家族が入院・入所・県外		
3 主たる介護者である家族はいるが、(□要介護、□要支援、□高齢、□療養、□障害、□育児、□就労、□他介護)のため介護できない		
4 主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である		
5 いずれにも該当しない		

※上記を記入した上で、現在の本人、家族の状況を具体的にご記入ください。

※添付書類では受付できませんので、ご記入ください。

（希望入所順位はありませぬ）	入所希望施設を記入して、施設区分(従来型・ユニット型)にチェックをしてください	
	・	<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型
	・	<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型
	・	<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型
	・	<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型

従来型希望の方はいずれかにチェック  
多床室・個室どちらでもよい  
多床室のみ希望  
個室のみ希望

施設名は『申込みのご案内』の「市内特養一覧」を参照し、正確にお書きください。

※要介護1又は2の方のみご回答ください。(いずれにもチェックがない場合は、お申込みできません。)

特例入所	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	<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、居宅において日常生活を営むことが困難である。
	<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態である。
	<input type="checkbox"/> 単身世帯又は同居家族が高齢・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十分に認められないことにより、居宅において日常生活を営むことが困難である。

介護保険被保険者証	介護保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5
	被保険者番号		認定有効期間	年 月 日
フリガナ			～	年 月 日
氏名		性別	男・女	生年月日
〒				明治・大正・昭和
住所				年 月 日

入所希望者本人の情報	現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 ( ) の該当する番号一つに○	1 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院・介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> その他( )
		⇒ 入所・入居中の施設名 [ : 電話 ]	
		2 病院 (入院となった理由: 入院: 年 月から ) ⇒ 入院治療中の病院名 [ : 電話 ]	
		3 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週__回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週__回以上) (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (週__回以上) <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (週__回以上) (デイサービス/デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (3か月の利用日数合計__日) (ショートステイ) ⇒前月・今月・来月(予定)分 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (夜間対応型ホームヘルプ) (認知症対応型デイサービス) <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> その他( )	

その他の状況	利用中の施設(病院)より退所(退院)の相談をされている。(上記「3 在宅」を選択した場合、チェック不可)
	1 <input type="checkbox"/> 入院入所が長期となっているため <input type="checkbox"/> 心身状況の変化 <input type="checkbox"/> 経済的な理由 <input type="checkbox"/> 治療の必要がない
	(上記「3 在宅」を選択した場合、チェック不可)
	2 入所希望者本人が老健や病院等に入院(入院)中で、退所(退院)後も在宅生活は困難である。
	3 住居が介護に適さない。(□狭小 □環境劣悪 □構造上介護に支障 □立ち退き・住居が無い)

センター記入欄

特別養護老人ホーム 入所申込書(兼同意書)

センター管理番号

フリガナ
入所希望者本人の氏名

※入所希望者本人の状態を把握している方が正確にご記入ください。ご不明な点は担当ケアマネジャーなどにご相談ください。事実と相違する場合は優先順位が変更されます。

※記載内容に変更があった場合は変更手続きが必要となりますのでご注意ください。

※「施設のコンシェルジュ」から入所申込後の状況の確認や各種サービスのご案内をさせて頂く場合があります。

入所希望者本人の状態
食事
排泄
入浴
動作等
身体状況
嗜好品等

認知症の状態
1 無
2 有 診断名 時期 年 月から
□常時徘徊 □不潔行為 □異食(食物以外のものを口に入れる) □介護抵抗 □脱衣
□自傷(自分を傷つける行為) □他傷(他人を傷つける行為) □収集癖 □声出し
□暴言 □不快な音を立てる □昼夜逆転 □不眠 □被害妄想 □自殺願望
□セクハラ(性的逸脱行為) □ひどい物忘れ □その他( )
※上記の状態について具体的に記入してください。(頻度、程度等)

医療情報
※申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません。
情報提供者 □親族 □医師 □看護師 □その他( )
医療的処置
1 無
2 有
□経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □インシュリン注射(□朝、□昼、□夜)(胃ろう以外)
□褥瘡の処置 □パルーンカテーテル留置 □常時吸引(昼\_\_回、夜\_\_回)
□ストマ □膀胱ろう □皮膚疾患 □その他( )
既往歴
結核の既往(□有 □無) 精神疾患の既往(□有 □無) 骨折の既往(□有 □無)
(入院の有無 発症年月) ※入院していた場合はその時期もご記入ください《入院●年●月～▲年▲月》
現病歴
(入院の有無 発病年月) ※入院している場合は入院時期もご記入ください《入院●年●月～》
内服薬
※添付書類(お薬手帳等)では受付できませんので、ご記入ください。

※申込み後、希望施設から健康診断書等の提出を求められる場合があります。

同意書
特別養護老人ホームへの入所が円滑に行なわれるよう支援するため、入所申し込みに必要な範囲に限り、入所希望施設または横浜市に対し、申し込み内容に関する情報を提供することに同意します。
令和 年 月 日
入所希望者 本人氏名
※申込者が本人以外の場合 申込者(連絡窓口)氏名

※申込書[A面]・[B面]を必ず記入のうえ介護保険被保険者証の写しを同封して郵送してください。また申込書はコピーを一部取り、控えとして保管してください。

# 短期入所利用申込書

FAX : 045 - 530-4665

(申込者)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

郵便番号	
住所	
フリガナ 氏名	
電話	

特別養護老人ホームプレシヤス横浜 ショートステイ利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏名		男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日生	歳
-----	------------	--	-----	----------------------	---

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 施設や病院をすでに利用されている方はご記入ください。 施設名または病院名 _____ 所在地・担当者名 _____				
----	--	--	--	--	--

緊急時等連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	②	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	
	③	フリガナ 氏名	続柄	職業	
		電話番号		勤務先	
		携帯電話番号		電話番号	

かかりつけ医	医療機関名	電話番号	科 担当医
	医療機関名	電話番号	科 担当医
	医療機関名	電話番号	科 担当医

ケアマネジャー情報

事業所名	電話番号 FAX番号	フリガナ 担当者
------	---------------	-------------

希望理由 (利用者・家族)	
---------------	--

送迎希望 (有・無)	送迎時、訪問介護利用 (有・無)
------------	------------------

希望頻度 月 回 ※ 1回 泊 日くらい	備考 (希望曜日など)
----------------------------	-------------

ご利用者様の状況等

介護度	支援1	支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	区変中
負担割合	1割	2割	3割	申請中					
負担限度	1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階	申請中	生活保護		
歩行状況	独歩	杖	手引き	車椅子	リクライニング	その他：			
お食事 状況	常食	軟飯	お粥	ペースト	制限等				
	常食	一口大	刻み	極刻み					
既往歴	認知症	脳梗塞	脳出血	心不全	心筋梗塞	狭心症	高血圧	糖尿病	てんかん
	腎不全	肝炎	鬱	統合失調症	癌	それ以外：			
医療ニーズ	インスリン注射		胃・腸ろう		吸引	ストマ	酸素吸入	TPN	
	褥瘡	経鼻栄養	透析	疼痛コントロール	それ以外：				
特記事項									

これまでの生活歴、家族構成（家族の介護状況・問題点など）

その他