

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。

※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)	フリガナ		続柄		日中	()	☐ 自宅・勤務先	
	氏名			連絡先	夜間	()	☐ 自宅・勤務先	
	〒					FAX	()	☐ 自宅・勤務先
	住所					携帯電話	()	☐

※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。

介護専門員支援	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ています。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) 〇(ハイ)内それぞれに該当する番号にチェック カツコ内は該当項目	(ア) 入所希望者本人の状況→下記の該当する番号1つに〇	※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つに〇	
		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ん)	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		
	・	☐ 従来型 ☐ 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)
	・	☐ 従来型 ☐ ユニット型	
	・	☐ 従来型 ☐ ユニット型	
	・	☐ 従来型 ☐ ユニット型	
	・	☐ 従来型 ☐ ユニット型	
・	☐ 従来型 ☐ ユニット型		

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。

センター管理番号

※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。)

特例入所要件	該当する□にチェック (複数回答可)	☐ 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。
		☐ 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。
		☐ 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。
		☐ 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。

入所希望者本人の情報	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 年 月 日
	〒住所				-													
	現在の状況及び介護サービスの利用状況	1、3の該当する番号一つに〇 該当する□にチェック	1 施設 ☐ 特養(□従来型 □ユニット型) ☐ 老健 ☐ 介護療養型 ☐ 養護 ☐ 軽費・ケアハウス ☐ 認知症対応型グループホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ 救護・更生施設(保護施設) ☐ 障害者入所施設 ☐ 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 ☐ 訪問介護 (週____回以上) ☐ 訪問入浴 (週 回以上) (ホームヘルプ) ☐ 訪問看護／訪問リハビリテーション (週 回以上) ☐ 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) ☐ 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 ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 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) ☐ (看護)小規模多機能型居宅介護 ☐ サービス利用なし ☐ その他()															
その他の状況	カツコ内は該当項目にチェック	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 ☐ 入院入所が長期となっているため ☐ 心身状況の変化 ☐ 経済的な理由 ☐ 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所(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

B面

特別養護老人ホーム 入所申込書(兼同意書)

[illegible]

※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	該当項目にチェック	食事	状態	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □経口摂取不可	
			食事形態	主食 □常食 □粥食 □ミキサー □その他()	
				副食 □常食 □刻み □みじん □ミキサー □その他()	
			嚥下	□むせない □時々むせる □毎回むせる □トロミ剤の使用(□有 □無)	
		排泄	状態	□自立 □誘導・一部介助 □全介助	
			尿意	尿意 □ある □時々ある □ない	
			便意	便意 □ある □時々ある □ない	
			下着	□綿パンツ □オムツ(□昼 □夜) □リハビリパンツ(□昼 □夜) □パッド(□昼 □夜)	
			場所	□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □その他()	
		入浴	状態	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
			方法	□家庭の浴槽 □訪問入浴サービス □施設一般浴 □施設機械浴	
			更衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
			拒否	□なし □時々ある □強くある	
		動作等	移動方法	□自立歩行 □杖歩行 □歩行器(□安定 □不安定) □車椅子(自操□可 □不可)	
			立位	□安定 □支えがあれば可 □不安定 □不可	
			座位	□安定 □支えがあれば可 □不安定 □不可	
			寝返り	□可 □つかまれば可 □不可	
			外出	□まれである □しない □寝たきり	
		身体状況	視力	□見える □見えにくい(□眼鏡使用) □見えない(□左 □右)	
			聴力	□聞こえる □聞こえにくい(□補聴器使用) □聞こえない(□左 □右)	
			言語	□話せる □聞き取りにくい □話せない	
			意思	□疎通できる □ある程度できる □疎通できない	
			麻痺の有無	□無 □有(□左上肢・□右上肢・□左下肢・□右下肢・□その他)	
睡眠		□普通 □眠れないことが多い □不眠 □睡眠薬の使用(□有 □無)			
嗜好品等	飲酒	□飲まない □飲む(量)			
	タバコ	□吸わない □吸う(本/日)			

※申込書 A面・B面 を必ず記入のうえ介護保険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。

センター管理番号						
----------	--	--	--	--	--	--

認知症の状態	該当する番号に○をつけ、カッコ内は該当項目にチェック	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)

※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	つけ、 当該 項目 に チェ ック を 該 を	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 □バ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 (入院の有無 発症年月)		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