

A面

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

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

※連絡が見つからない場合は、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)～○(イ)それぞれに該当する番号にチェックする	(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。

（希望入所希望施設名）	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											
	<table border="0"> <tr> <td>・</td> <td><input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型</td> <td rowspan="5">従来型希望の方はいずれかにチェック <input type="checkbox"/>多床室・個室どちらでもよい <input type="checkbox"/>多床室のみ希望 <input type="checkbox"/>個室のみ希望</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td><input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td><input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td><input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td><input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型</td> </tr> </table>	・	<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 <input type="checkbox"/> 多床室・個室どちらでもよい <input type="checkbox"/> 多床室のみ希望 <input type="checkbox"/> 個室のみ希望	・	<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
	・	<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 <input type="checkbox"/> 多床室・個室どちらでもよい <input type="checkbox"/> 多床室のみ希望 <input type="checkbox"/> 個室のみ希望									
	・	<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											
施設名は『申込みのご案内』の「市内特養一覽」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 要件 (複数回答可)	該当する□にチェック	<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。	

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
	フリガナ	被保険者番号		認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	氏名		性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	〒				
現在の状況及び介護サービスの利用状況	1、2、3の該当する番号1つに○ 該当する□にチェック	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	該当する番号に○ 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 <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

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

※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。

認知症の状態	1 無
	2 有 診断名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月から
	<input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口に入れる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> セクハラ(性的逸脱行為) <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()
医療的処置	1 無
	2 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(□朝、□昼、□夜) (胃ろう以外) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 常時吸引(昼__回、夜__回) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 精神疾患の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 骨折の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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》
(入院の有無) 発症年月	※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

横浜市特別養護老人ホーム入所申込みのご案内

●特別養護老人ホーム（特養・介護老人福祉施設）とは？

原則要介護3以上で、寝たきり又は認知症などのために常に介護を必要とし、自宅で介護を受けることが難しい方のための入所施設です。入浴や排せつ、食事の介護に加え、日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行います。

要介護1又は2の方の特例入所について

要介護1又は2の認定を受けている方のうち、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である方は、入所申込みができます。

※入所申込みする場合は、「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）**A面**」に記載されている特例入所要件の該当欄にチェックを入れ、お申し込みください。

●横浜市の入所申込制度について

横浜市では、入所申込みの手続きについて、公平性・透明性を確保しつつ、申込みをされた方々の利便性を図るため、『高齢者施設・住まいの相談センター』内に「特別養護老人ホーム入所申込受付センター」を設置して、申込みを一括処理しています。

入所の順番は申込み順ではなく、必要性・緊急性の高い方から入所できるよう、「横浜市特別養護老人ホーム入退所指針」を定め、それに基づいて入所申込者の要介護度、世帯状況等を点数化し、点数の高い方から入所のご案内をしています。

《申込み前の注意事項》

1 希望施設の見学をお勧めします。

入所後は、施設が長期にわたっての生活の場になります。「イメージと違った」という事態を防ぐためにも施設見学をお勧めします。見学の際は、事前に施設に連絡してください。

2 希望施設は十分検討してお申し込みください。

施設が意向確認のご連絡をしても、入所を希望されない方がいらっしゃいます。ご家族・ご親族で希望施設や入所の意向をお話合いの上、十分検討してからお申し込みください。

3 予約的な申込みはご遠慮ください。

「横浜市特別養護老人ホーム入退所指針」の運用の目的は、入所の必要性・緊急性の高い方から円滑に入所していただくことにあります。「今は入るつもりがないけど申し込む」という予約的な申込みはご遠慮ください。なお、「今すぐ入所を希望しない」といった理由により、入所を断るなどした際には、申込みの取下げをお願いしております。

4 特養での“医療的ケア”について

特別養護老人ホームには、嘱託医の配置が義務付けられており、入所者の健康管理を行います。長期にわたる治療や、重篤な医療行為等が必要な方の受入れは困難な場合があります。

各施設の受入れ状況は、施設又は『高齢者施設・住まいの相談センター』にお問い合わせください。



●入所申込み方法について

下記の提出書類を「申込受付センター」に郵送してください。

- 提出書類 (1) 特別養護老人ホーム入所申込書 (兼同意書) **A面**・**B面** ※1
 (2) 認定有効期間内の介護保険被保険者証 (写) ※2

※1 郵送する前にコピーを取り、控えとして保管しておくこと、申込内容の変更の際に、控えに追記して、再提出することができます (詳細は3ページを参照してください)。

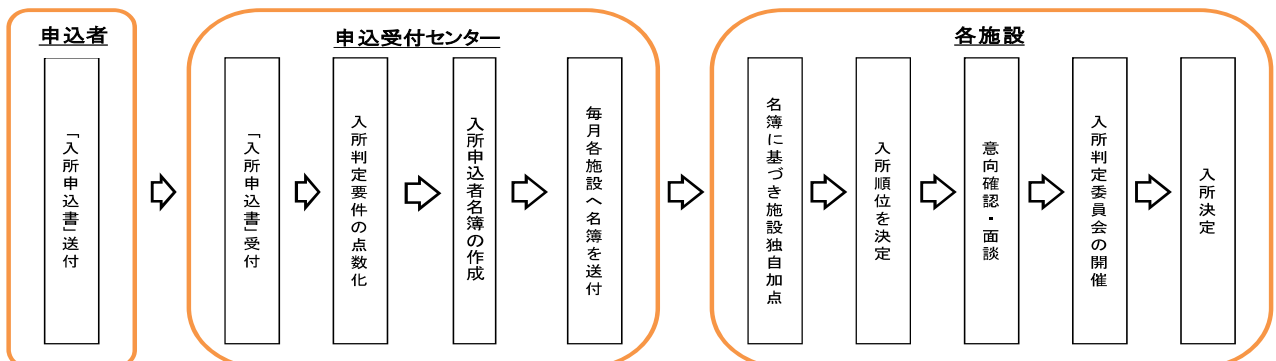
※2 介護保険被保険者証 (写) 以外の添付書類は受付できません。 (見本)

介護保険被保険者証 (一)		要介護状態区分等 (二)		居宅介護支援事業所等 (三)	
被保険者	番号 0123456789	要介護3		居宅介護支援事業所等	
住所	231-0005 横浜市 中区 本町6丁目50番地の10	認定年月日 令和2年3月31日		認定の有効期間 R2.3.1 ~ R4.2.28	
氏名	横浜 太郎	区分 支給限度基準額		R2.3.1 ~ R4.2.28 1月当たり 27,048 単位	
生年月日	昭和5年8月1日 性別 男	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
交付年月日	令和2年4月1日				
保険者番号並びに保険の名称及び	141044 横浜市 印				
				給付制限	
				介護保険給付	
				介護保険給付	
				介護保険給付	

《送付先》こちらを切り取り、封筒に貼って送付することもできます

〒233-0002
 港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー14階
 特別養護老人ホーム入所申込受付センター 宛

《入所申込みから入所決定までの流れ》



- 1 入所希望者は入所申込書に本人の状況や希望施設 (5か所まで) を記入し、「申込受付センター」に申込みをします。
- 2 申込受付センターは、毎月20日締め (17時までに必着、土日祝日の場合は前倒し) で提出された入所申込書の内容を確認し、順位付けのための点数化 (市内共通項目: 最高80点) を行ったうえで、毎月末に各施設に名簿を送付します。
- 3 各施設は、送付された名簿に基づき施設独自の基準により加点 (最高20点) し、入所順位を決定 (翌月中旬頃) します。その後、点数の高い方から順次、申込者に連絡し、面談のうえ、入所判定委員会を経て、入所決定となります。

●申込み後に必要な手続き等

特別養護老人ホームは、申込書の内容に基づき、点数の高い方からご連絡しているため、入所までの期間は申込者によって異なります。

申込み後も、手続きが必要な場合がありますのでご注意ください。

1 申込みを継続するためには、継続手続きが必要です。

入所申込書の有効期間は2年間です。有効期間が切れる前に、継続手続きのご案内を送付しますので、継続の意向がある方は、「申込受付センター」に必要書類（「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）**A面**・**B面**」と介護保険被保険者証（写））の提出をしてください。

※ 有効期限を過ぎて継続の申込みが無い場合、取下げ扱いとなりますのでご注意ください。

2 申込時の内容から状況が変わった場合には、変更の手続きが必要です。

申込時の内容から状況や連絡先等（要介護度、住所、本人・家族の状況、入所希望施設等）に変化があった際は、変更の手続きが必要です。

申込時にコピーを取り、控えとしてお持ちいただいている「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）**A面**・**B面**」（写）に変更内容を追記・訂正いただき、介護保険被保険者証（写）とともに、「申込受付センター」に郵送してください。

※ 申込時のコピーがない場合は、新たにご記入いただいた申込書でも受付が可能です。

※ 要介護の認定有効期間のみの変更の場合は、介護保険被保険者証（写）のみを郵送してください。

3 施設入所の必要が無くなった場合は、取下げの手続きをお願いします。

特養又は特養以外の施設に入所された場合や亡くなられた場合等、申込みの必要が無くなったときには、「申込受付センター」にご連絡ください。

《申込み後の注意事項》

各施設における最終的な点数や順位等は、直接施設へお問い合わせください。

各施設では、毎月、入所申込者の順位名簿を作成しています。順位は常に変動していますので、「概ねどの程度の位置にあるか」「おおよそ〇〇位」といったことを知りたい場合は、各施設に直接お問い合わせください。



●問合せ先

《特養入所申込みについて》・・・特別養護老人ホーム入所申込受付センター
（高齢者施設・住まいの相談センター内）
電話：045-840-5817 FAX：045-840-5816
受付時間：9時～17時（土日祝日休み）

《入所順位や費用等を確認したい時》

・・・希望した施設へ直接お問い合わせください。

《入退所指針、施設運営についてのご意見》

・・・横浜市健康福祉局高齢施設課
電話：045-671-3923 FAX：045-641-6408
受付時間：8時45分～17時15分（土日祝日休み）

★施設選びに困ったら、お気軽にご相談ください!★
『高齢者施設・住まいの相談センター』のご案内

高齢者の施設や住まいに関する相談窓口として、専門の相談員が、窓口や電話・オンラインによる個別・具体的な相談や、各施設の基本情報・入所待ち状況などの様々な情報を提供しています。

施設サービスを利用したい市民だけでなく、退院や退所後の行き先を探している病院や施設職員、在宅のケアマネジャー等も相談いただけます。

※高齢者施設・住まいの相談センター運営事業として、横浜市が運営費の補助を行っています。

【提供する施設情報】

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等

【住 所】横浜市港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー14階

【電 話】045-342-8866

【ホームページ】<http://www.y-hukushijigyo.or.jp/>

【運営主体】公益社団法人 横浜市福祉事業経営者会
(横浜市内の特養を運営する社会福祉法人の理事長で構成する公益社団法人)

【受付時間】9時～17時(土日祝日休み) **要予約**

※第2・第4土曜日は予約相談を受付します。

※土曜日のご相談の際は、「特別養護老人ホーム入所申込書(兼同意書)」のご提出はできませんのでご了承ください。

※『施設のコンシェルジュ』を配置しています。

～『施設のコンシェルジュ』が、個々の状況に応じたサービスの選択を支援します。～

『高齢者施設・住まいの相談センター』では、特別養護老人ホームに入所申込みをされている方々に、現在の状況や意向を正確に把握するために電話等によるアプローチを行い、入所可能な施設をご案内するなど、お一人お一人に寄り添いながら、個々の状況に適した施設や住まいをご案内しています。

【『施設のコンシェルジュ』からの各種サービスのご案内の例示】

○比較的入所希望者が多い従来型特養に申込みをされている方々に

各施設の入所待ち状況を基に、比較的早期に入所がしやすいユニット型特養をご案内

○特養以外の他の施設サービスが適している方々に

毎月支払いができる利用料金を考慮しつつ、特養以外の他の施設サービスもご案内

○受けている医療的ケアに対応していない特養に申込みをされている方々に

受けている医療的ケアに対応している特養への変更をご案内

○施設の利用料金の支払いに不安をお持ちの方々に

各施設サービスの利用料金体系や利用者負担軽減制度をご案内

○認知症で悩んでいる家族の方々に

区役所で実施している認知症介護者の集いなどを紹介



【申込書B面 記入例】

B面

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	ヨコハマ イチロウ
入所希望者本人の氏名	横浜 一郎

※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。

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

※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。

該当する番号に○をつけ、カンコ内は該当項目にチェック	1 無
	2 有 診断名 <u>アルツハイマー型認知症</u> 時期 <u>平成21年 5月から</u> <input checked="" type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口に入れる) <input type="checkbox"/> 企鵝抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input checked="" type="checkbox"/> 昼寝 <input type="checkbox"/> セクハラ(性的逸脱行為) <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> その他(<u>帰宅願望</u>)

該当するものがある場合、必ず記入してください。

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()
医療的処置	1 無
	2 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(<input type="checkbox"/> 朝、 <input type="checkbox"/> 昼、 <input type="checkbox"/> 夜) (胃ろう以外) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 常時吸引(<input type="checkbox"/> 昼一回、 <input type="checkbox"/> 夜一回) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 精神疾患の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 骨折の既往(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・平成27年2月 右大腿部骨折 ・平成27年2月～3月 ○○病院に入院 Ope済 ・平成28年1月 ○○病院にて胃ろうをつくる ※入院していた場合はその時期もご記入ください(入院H●年●月～H▲年▲月)
現病歴	・平成27年6月～糖尿病 ※入院している場合は入院時期もご記入ください(入院H●年●月～)
内服薬	・○×薬 朝1錠 タ1錠 ・×△○ 寝る前1錠 ※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
特記事項	・胃ろう ○○Kcal 3回/日

※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2年5月1日

入所希望者 本人氏名 横浜 一郎

※申込者が本人以外の場合 申込者(連絡窓口)氏名 横浜 花子

本人の状態に最も近い項目に、チェックを入れてください。

同意書は必ず記入してください。(押印は不要です。)
 ・申込者が本人の場合、「本人氏名」欄のみ記入してください。
 ・申込者が本人以外の場合、「本人氏名」及び「申込者(連絡窓口)氏名」欄の両方に記入してください。

チェックシート

特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）を送る前に確認しましょう。

- 特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）A面 は入れましたか？
- 特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）B面 は入れましたか？
- 介護保険被保険者証（写） は入れましたか？

- 宛先はありますか？

《送付先》

〒233-0002

港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー14階

特別養護老人ホーム入所申込受付センター 宛

- 申込書はコピーをとりましたか？

上記3点以外の書類は受付できません。

（例）内服薬の名前を書く代わりにお薬手帳の写しを添付する、本文に書ききれない文章を手紙に書いて添付する、など一切受付できませんのでご注意ください。

※ご送付された方につきましては、再度申込書のご提出をしていただく場合がございます。

《内容に変更があった際にも同様の書類の送付が必要です。》

- ・特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）A面
- ・特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書）B面
- ・介護保険被保険者証（写し）

詳しくは、「P.3 ●申込み後に必要な手続き等」をご覧ください。