

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
フリガナ
氏名
〒住所
続柄
日中
夜間
FAX
携帯電話
自宅・勤務先

※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いただきます。

介護専門員
フリガナ
氏名
事業所
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)入所希望者本人の状況
(イ)主たる介護者である家族の状況
(ウ)主たる介護者の勤務状況

※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。

※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
従来型希望の方はいずれかにチェック
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
認知症があつて、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不十分である。
上記以外の理由により、在宅で生活することが著しく困難である。

介護保険被保険者証
介護保険者番号
被保険者番号
要介護度
認定有効期間
氏名
性別
生年月日
〒住所
現在の状況及び介護サービスの利用状況
1 施設
2 病院
3 在宅

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

認知症の状態
1 無
2 有 診断名 時期 年 月から
□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(□日中、□夜間)(胃ろう以外)
□褥瘡の処置 □パルーンカテーテル留置 □吸引(□日中□夜間)
□ストマ □膀胱ろう □皮膚疾患 □透析 □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
1 特別養護老人ホームへの入所が円滑に行われるよう支援するため、入所申込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込内容に関する情報を提供することに同意します。
2 申込をした施設に入所の意思があります。施設から入所の案内があったにも関わらず、入所を断った場合又は受付センターから入所申込者等への連絡により、申込施設への入所の意思がないことを確認した場合には、当該施設への申し込みを受付センターが職権で削除することに同意します。
3 申込内容に虚偽はありません。申込内容に虚偽記載があった場合には、申込を取り消します。
4 本人以外の方が申込をされる場合、申込をすることについて、本人・家族の同意を得ています。
上記1～4に同意します。
□ (□内にチェックを入れてください)
チェックと署名のない方はお申込みできません。
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。