

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	<input type="text"/>
入所希望者本人の氏名	<input type="text"/>

※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	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
				便意	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( <input type="checkbox"/> 昼 <input 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 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( <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ) <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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( <input 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 type="checkbox"/> 聞こえにくい( <input 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 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( <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 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 )		

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 <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( <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"/> パ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》
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。