

フリガナ	入所希望者 本人の氏名
------	----------------

注1)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。**

注2)申し込みの有効期間は二年間です。有効期間を経過した後も継続して施設入所を希望する場合は、改めて申込書を提出する必要があります。また有効期間内でも**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。

入所希望者本人の状態 該当項目にチェック	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)
	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()
	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
	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(<input type="checkbox"/> 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	
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)	

※申込書AB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。

認知症の状態 該当する番号に○をつける クエック	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()	
医療情報 該当する番号に○をつける クエック	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"/> 気管切開 (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"/> 精神疾患 <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)
	現病歴	※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》
	内服薬	※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～》
特記事項	※添付書類では受付できませんので、ご記入ください。	

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。	
	平成 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	(印)
氏名欄について、 自署の場合は、押 印不要です。		