

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 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(<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) | | | | | | | | | |

※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、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 <div><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()</div> |
| | | ※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 | <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 | つ該当する番号に○をつけ、カッコ内は○該当項目にチェック 1 無 |
| | | 2 有 <div><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()</div> |
| | 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) <div><input type="checkbox"/>入院の有無 発症年月</div> ※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 | <div><input type="checkbox"/>入院の有無 発病年月</div> ※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 | ※添付書類では受付できませんので、ご記入ください。 |
| | 特記事項 | |

注)このほかに必要に応じ健康診断書等の提出を求め場合があります。

| | |
|----------------------------|---|
| 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。 |
| | 平成 年 月 日 |
| | 入所希望者 本人氏名 (印) |
| | ※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。 | |