

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

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	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	☐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（代筆可）	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かかわらず、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。	
【チェックと署名のない方はお申込みできません。】 ☐ (□内にチェックを入れてください)	
本人氏名【必須】 _____	
申込者(連絡窓口)氏名【必須】 _____	