

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) **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	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)		

※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 <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
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H●年●月～H▲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。	
	入所希望者 本人氏名	平成 年 月 日 (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。