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
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
食事
排泄
入浴
動作等
身体状況

認知症の状態
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。(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 □親族 □医師 □看護師 □その他()
医療的処置
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
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関わらず、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。
□ (□内にチェックを入れてください)
チェックと署名のない方はお申込みできません。
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。