

24池長本発第16号
平成24年4月12日

指定居宅介護支援事業所
大田区地域包括支援センター
管 理 者 様

大田区立特別養護老人ホーム指定管理者
社会福祉法人池上長寿園 本部事務局長

大田区立特別養護老人ホーム(ショートステイ)の予約日程表等の送付について

日頃より、大田区立特別養護老人ホームの運営に、ご協力いただきありがとうございます。
さて、平成24年7月以降のショートステイ予約日程表が決定しましたので、下記のとおりお
送りますので、貴所属のケアマネジャーへの周知を、よろしく願いいたします。

記

1 送付文書

ショートステイ予約日程表 …… 1枚
ショートステイ施設一覧表 …… 1枚
ショートステイ利用申込書 ……1枚

**大田区立特別養護老人ホーム
ショートステイ予約日程表(平成24年7月～12月利用分)**

1 FAX予約のスケジュール (※予約が取れた場合のみ回答します。)

利用月	FAX予約受付日	回答日 ※	電話受付開始日
7月	5月1日(火) 午前9時30分～正午まで	5月7日(月) 午後5時まで	5月8日(火) 午前9時30分～
8月	6月1日(金) 午前9時30分～正午まで	6月5日(火) 午後5時まで	6月6日(水) 午前9時30分～
9月	7月2日(月) 午前9時30分～正午まで	7月4日(水) 午後5時まで	7月5日(木) 午前9時30分～
10月	8月1日(水) 午前9時30分～正午まで	8月3日(金) 午後5時まで	8月6日(月) 午前9時30分～
11月	9月3日(月) 午前9時30分～正午まで	9月5日(水) 午後5時まで	9月6日(木) 午前9時30分～
12月	10月1日(月) 午前9時30分～正午まで	10月3日(水) 午後5時まで	10月4日(木) 午前9時30分～

2 申込みにあたっての留意事項

- (1) 午前9時30分より前に届いた申込書(FAX送信)は、無効となります。
指定受付時間(9時30分～正午まで)以降に届いたFAXについては、空床があればFAXの届いた順番に受け付けます。
- (2) FAXによる予約は 1人1施設の申込み とさせていただきます。
日程が異なっても2施設以上の申込みは重複申込みとして無効となります。
重複申込みについては点検させていただき、利用可能と回答した方についても取消しとなる場合もあります。取消しとなった場合、利用者の方に迷惑がかかることとなります。重複申込みとならないように十分注意してください。
- (3) FAX送信する申込書の送付番号については、事業所(ケアマネジャー)内においても、多くの方が公平に利用出来るよう、ご検討のうえお送りください。
- (4) 申込書のFAX送信時に左上欄外の「事業所送付番号」を記入してください。
(例・・・5枚FAXする場合、「5-1」「5-2」「5-3」「5-4」「5-5」と記入。)
- (5) 「老老世帯等で、どうしても2人一緒の利用でなくては困る。」場合の申込については、両方の申込書「備考欄」へ「△△のため〇〇と一緒にの日程で希望します。」と記入して下さい。各施設にて個々に対応しています。

3 各施設のFAX番号

施設名	FAX番号
特別養護老人ホーム羽田	3745 - 5886
特別養護老人ホーム池上	5700 - 0039
特別養護老人ホーム大森	5471 - 2710
特別養護老人ホーム蒲田	5710 - 2112
特別養護老人ホーム糀谷	3745 - 3036
特別養護老人ホームたまがわ	5732 - 1055

FAXの送付先は、上記番号のみでお願いします。この番号以外のFAXに入りました予約申込書は、無効となります。

※ ご不明な点につきましては、各施設にお問合せください。

ショートステイ 施設一覧表

	施設名	所在地	連絡先	定員	居室の内訳	
					個室	多床室
1	大田区立 特別養護老人ホーム羽田	大田区本羽田 3-23-45	電話 3745-5486 FAX 3745-5886	8名	4名	4名 個室の利用でも、滞在費は多床室扱いとなります。(床面積が基準に満たないため)
2	大田区立 特別養護老人ホーム池上	大田区仲池上 2-24-8	電話 5700-1235 FAX 5700-0039	8名	6名	2名
3	大田区立 特別養護老人ホーム大森	大田区大森西 1-16-18	電話 5471-2703 FAX 5471-2710	8名	8名	原則として個室のご利用となります。
4	大田区立 特別養護老人ホーム蒲田	大田区蒲田 2-8-8	電話 5710-0780 FAX 5710-2112	12名	4名	8名 男性は原則として個室のご利用となりますが、多床室がご用意できる場合がありますので、ご相談ください。
5	大田区立 特別養護老人ホーム糎谷	大田区西糎谷 2-12-1	電話 3745-3001 FAX 3745-3036	15名	5名	10名 男性の多床室は2人室1室のみとなります。 ※ 定員15名の中には、緊急ショート1名分が含まれます。(平成24年6月より)
6	大田区立 特別養護老人ホームたまがわ	大田区下丸子 4-23-1	電話 5732-1033 FAX 5732-1055	40名	16名	24名 定員40名の中には緊急ショート2名分が含まれます。

※ 特養糎谷の緊急ショートについては、5月下旬ごろ、大田区より別途通知される予定です。

事業所送付番号	—
---------	---

受信施設記入欄	
---------	--

ショートステイ利用申込書

※送信状は不要です。

大田区立特別養護老人ホーム()

介護保険事業者番号								フリガナ	
居宅介護支援事業所名								担当ケア マネージャー	
連絡先	電話	()			FAX	()			
利用者希望者	フリガナ							フリガナ	
	お名前							代理人氏名	
	生 年 月 日	年 齢	性 別	要 介 護 度					
	明治 大正 昭和	年 月 日	歳	男 ・ 女	要支援	要支援1	要支援2		
					要介護	1	2	3 4 5	
	医療的ケア	無 ・ 有 ()							
	食事介助の状況	自立 ・ 要介助 ()							
認知症の状況	無 ・ 有 (徘徊 異食 介護拒否 他)								
介護内容	[介護で特に配慮・注意等が必要な事柄]								
利用状況	<input type="checkbox"/> ショートステイを初めて利用する <input type="checkbox"/> ショートステイ利用の経験がある(該当する施設に○を付けて下さい) 特養(羽田・池上・大森・蒲田・糀谷・たまがわ) 他法人() 前回利用(予定)期間 月 日() ~ 月 日() 施設名()								
利用希望期間	1回目	月 日() ~ 月 日() 日間 上記の日程が確保できない場合 [調整可能 ・ 調整不可] ・必ず確保したい期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・その他代替できる期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・キャンセル待ち 希望する ・ 希望しない							
	2回目	月 日() ~ 月 日() 日間 上記の日程が確保できない場合 [調整可能 ・ 調整不可] ・必ず確保したい期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・その他代替できる期間 月 日() ~ 月 日() 日間 ・キャンセル待ち 希望する ・ 希望しない							
	その他	どこでも()日間希望 ※キャンセル待ち 希望する ・ 希望しない							
居室希望(どれか1つに○を付けてください) ※ 特養大森は原則個室です。									
1.個室希望 2.多床室希望 3.個室希望だが多床室でもよい 4.多床室希望だが個室でもよい 5.どちらでもよい 特に理由があればお書きください()									
備考 (特記事項)									

※ セルフケアプラン作成の方は、居宅介護支援事業所名の欄にセルフケアプランと記入して下さい。

※ FAXでの申し込みは1人1施設です。