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

> 社会福祉法人池上長寿園 経営本部事務局長

池上長寿園 特別養護老人ホーム(ショートステイ) 予約日程表等の送付について

日頃より、社会福祉法人池上長寿園特別養護老人ホーム運営にご協力いただきありがとうございます。

さて、令和 8 年 1 月~6 月のショートステイ予約日程表が決定いたしましたので、下記の とおり送付いたします。**令和6年11月より特別養護老人ホーム糀谷の大規模改修工事の関** 係で、利用定員に変更がございます。ご注意くださいますようよろしくお願いいたします。

特別養護老人ホームショートステイ利用申込書の記入方法は、送付いたしました記入例のとおり対応をお願いいたします。

つきましては、貴所属のケアマネジャーへの周知をよろしくお願いいたします。

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 ・・・・ 2枚(記入例含む)

2. その他

(1) 送付文書は、池上長寿園ホームページにも掲載しておりますので、ダウン ロードのうえご利用ください。

【池上長寿園ホームページ】 https://www.ikegami.or.jp
介護サービス内容から探す→ショートステイ→「空き情報」ページ→ショートステイ 空き情報 【予約日程表&ショートステイ申込書一式】

- (2) 各施設の空き情報を池上長寿園ホームページに公開しておりますので、 ご覧ください。
- (3) 特別養護老人ホーム糀谷は大規模改修工事のため、令和8年8月31日 (予定)までショートステイのご利用ができません。

以上

社会福祉法人 池上長寿園 ショートステイ予約日程表(令和8年1月~6月利用分)

1. 予約受付のスケジュール

利用月	FAX 予約受付日	回答日	電話受付開始日
1月	11月4日(火)	11月6日(木)	11月7日(金)
2月	12月1日(月)	12月3日(水)	12月4日(木)
3月	1月5日(月)	1月7日(水)	1月8日(木)
4月	2月2日(月)	2月4日(水)	2月5日(木)
5月	3月2日(月)	3月4日(水)	3月5日(木)
6月	4月1日(水)	4月3日(金)	4月6日(月)

- ○FAX予約受付時間 9時30分~12時00分
- ○予約が取れた場合は、回答日17時までにご連絡いたします。
- ○電話受付開始時間 9時30分から

2. 申込みにあたっての留意事項

- (1) 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~12時00分)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。 日程が異なっていても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 なりますので、ご注意ください。
- (3) ショートステイ利用申込書の記入に当たっては、記入例にございますように<u>利用者</u> <u>氏名と代理人氏名につきましてはふせ字にてご記入</u>をお願いいたします。
- (4) FAX 送信する<u>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</u> も、多くの方が公平に利用できるよう、ご検討のうえお送りください。
- (5) 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。)
- (6) 「老老世帯等のため、2人一緒の利用を希望する。」場合の申込については、<u>両方の</u>申込書「備考欄」へ「△△のため○○と一緒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。

ショートステイ 施設一覧表(令和8年1月1日から6月30日まで)

		י כלו 🛨 מעולים		<u>,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, </u>		尺字/	Λ ι :-□		
	施設名	所在地			定員		の内訳		
						個室	多床室		
			申込先 (FAX)	3745-5886		4名 0利用です 末字扱い			
1	特別養護老人ホーム羽田	大田区本羽田 3-23-45	問合せ (TEL) 3745-5486		→ 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) ○緊急短期入所を行っております。				
			申込先	5700-0039	8名	2名	6名		
2	特別養護老人ホーム池上	大田区仲池上 2-24-8	(FAX) 問合せ	5700-1235	□ ○定員には、大田区緊急 □ ショート 1 名分が含まれ □ ます。				
	3 特別養護老人ホーム大森	大田区大森西	(TEL) 申込先 (FAX)	5471-2710	4名 〇原則	室のご利			
3		1-16-18	問合せ (TEL)	5471-2703	用となります。○緊急短期入所を行っております。				
	4 大田区立 特別養護老人ホーム蒲田	大田区蒲田 2-8-8	申込先 (FAX)	5710-0820		6名			
4			問合せ (TEL)	5710-0780	一のご利用となります。多 床室をご希望の場合はご 相談ください。○緊急短期入所を行って おります。				
_	大田区立	大田区下丸子 4-23-1	申込先 (FAX)	5732-1055	のご利用	8名は原則としまままままままままままままままままままままままままままままままままままま	ます。多		
5	5 特別養護老人ホームたまがわ		問合せ (TEL)	5732-1033	一 /				
		大田区西馬込	申込先 (FAX)	6303-8221	_	5名 小型個室	のご利		
6	特別養護老人ホーム馬込	2-11-2	問合せ (TEL)	6303-8307	- 用となります。 ○緊急短期入所を おります。		を行って		

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、各施設にお問い合わせください。

受信施設記プ	人欄
--------	----

ショートステイ利用申込書

※送信状は不要です。※太枠内をご記入ください。

					特別	養護老人和	ナー	ム()		
介記	隻保険事業者	番号						フリガナ					
居年	三介護支援事	業所名						担当ケア					
								マネシ゛ャー					
	連絡先	電話 () FAX						()				
	フリガナ		フリガナ	,									
	お名前		代理人氏	名									
利	生 年	月	日	年 齢	,	生 別			要	介	護	度	
小山	明治 ・ 大ゴ	E • 昭和]		 			要支援	į	要支援1		要支援	2 2
	年	月	日	歳	<i>为</i> 	· 女		要介護	1	2	3	4	5
用	医療的ケア	*	無 •	有()	
	食事介助の	状況	自立 ・	要介助()	
希	認知症の状	犬況	無 •	有 (徘徊 昪	異食 介護	拒否	ř 他	ı)	
望	介護内容	〔介護で特	ドに配慮・注	意等が必要	要な事柄〕								
者	利用状況	〔 〕 特養(羽	 〔 〕ショートステイを初めて利用する 〔 〕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・馬込)他法人() 前回利用(予定)期間 月 日() ~ 月 日() 施設名() 										
£il		月 上記の日 ^月	日 星が確保で	·····		月 可能 ・ 調	(整不			日間			
利	1回目	必ず確	保したい期	間	月 日	()~	,	月日	∃()	日	間		
用		その他	代替できる	期間	月 目	I()∼	,	月	∃()	日	間		
希		・キャンヤ	マル待ち	希	望する・	希望した	ない						
		月	日	()	~	月 日) ()		日間			
望		上記の日和	呈が確保で	きない場合	. 〔 調整〕	可能 · 調	整不	可〕					
期	2回目	・必ず確	保したい期	間	月 日	()~	,	月	∃()	日	間		
		その他	代替できる	期間	月 日	()∼	,	月	∃()	日	間		
間		・キャンヤ	2ル待ち	希	望する・	希望した	えい						
	その他	どこでも	() 日	間希望	※ キ	ャンセル待ち)	希望。	十る	• 希望	望しない	<i>(</i>)	
居望	を希望(どれか	1つに〇を	付けてくだ	<u></u> ごさい)		※ 特	多大	森•特養	馬込は	原則個	室です	۰。	
1.	個室希望	2.多床室	希望 :	3.個室希望	望だが多床	を室でもよい	`	4.多床室	医希望	だが個質	置でも」	tv	
5.	どちらでもよレ	特別	2理由があれ	ばお書きく	ださい()	
備	考												
_ (特記事項)												
				シム** 士5									

- ※ 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。

事務処理(施設使用欄)			

ショートステイ利用申込書(記入例)

※送信状は不要です。※太枠内をご記入ください。

				特	別養護老人	ホーム(00)	
	下の欄の	:号 0	0 0	1 2 3	4 5 6	7 フリ	ガナ				
	入は 常どおり	所名		カケアプランセンター 担当			イケア	r7 00 00			
	れの			マネジャ			ベジャー	_ 00 00			
	いように	電話 0	3 (12	234) 567	8]	FAX ()3 (1234	678	9	
お	願いします	ガミ	ロウ	利用者氏		HI	<u> </u>	ガミ 🌘	フコ		
			郎	代理人氏		人氏/	夕 一	L (
			Al)	かせ子で	お願いしまっ				1		
利	生 年	<u>月</u> 月	1	年齢	性	:別		要	<u>介</u>	護	度
	明治	昭和		85	(男)	· 女	要支	援			
用	8 4 9	月 29	日	歳			要介	護	1 2	(3)	4 5
	医療的ケア		7111	有()
希	食事介助の状		自立	- ** * * *	•)
.,,	認知症の状		無	• 有(1		介護拒	否 他)
산日		〔介護で特	ドに配慮	注意等が	必要な事柄]					
望	介護内容										
者		[〕ショートステイを初めて利用する									
	利用状況				怪験がある(診					')	
	1 47 14 0 10 2	特養(羽日	Ⅱ・池上	・大森・清	背田・糀谷・	たまがわ	・馬込)他法	人()
		前回利用	(予定)其	間 月	日() ~	月	日()	施設名	i ()
		月	-	()	~ 月	日	()		日間		
利		上記の日程	が確保で	できない場合	`〔 調整可	と ・ 調	整不可〕]			
用	1回目	・必ず確保			月 日()~	月	日()	日間	
) 11		その他代	:替できる	期間	月 日(\sim	月	日()	日間	
希		ナルハル	- 1-4 7			,					
望		・キャンセ	レ待ち		望する・	希望しな	201				
		月	月	()	~ 月	希望しな日	()		日間		
至		月	月	()		希望しな日	()		日間		
当期	2回目	月 上記の日程 ・必ず確保	日 が確保で としたい其	() できない場合 明間	~ 月 · 〔 調整可向 月 日(希望しな 日 能・調整)~	() 整不可〕 月	日()	日間	
期	2回目	月 上記の日程 ・必ず確保	日 が確保で としたい其	() できない場合 明間 期間	一 月 月 日(月 日(希望しな 日 能・調整)~)~	() 整不可 〕 月 月	日()		
		月 上記の日程 ・必ず確保	日 が確保で としたい其 き替できる	() できない場合 期間 め期間 希:	〜 月 月 日(月 日(望する ・	希望しな 日 能・調整)~)~ 希望しな	() 整不可ご 月 月	月 日(日()	日間日間	
期間	その他	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ/ どこでも(日 が確保で としたい其 き替できる い待ち)日	() できない場合 期間 期間 煮! 間希望	〜 月 月 日(月 日(望する・ ***	希望しな 日 能・調整)~ 希望しな ル待ち	() 整不可 〕 月 月 れ 希望	月(日(日(する・))	日間 日間 望しない	
期間居	その他 室希望(どれか1	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ どこでも(つに○を付	日 が確保で されたい其 替できる い待ち)日 けてくた	() できない場合 期間 期間 希! 間希望 ごさい)	〜 月 月 日(月 日(望する・ ※ キャンセ ※ ※	希望しな 日 北・調 う) へ ・ 発望しな た 、 特養大	() 整不可 月 月 心 希望 森・特養	月(日(する 馬込は)) · 希望 · 原則個	日間 日間 望しない 固室です	- 0
期 間 居 1	その他 室希望(どれか1 .個室希望 2	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ/ どこでも(つに○を付 .多床室希望	日 が確保で させできる い待ち)日 けてくた 望 3.	() できない場合 期間 期間 希! 間希望 ごさい) 個室希望が	〜 月 月 日(月 日(望する・ ** ** キャンセ ごが多床室で	希望しな 日 北・調 う) へ ・ 発望しな た 、 特養大	() 整不可 月 月 心 希望 森・特養	月(日(する 馬込は)) · 希望 · 原則個	日間 日間 望しない 固室です	- 0
期間居1.5.	その他 室希望(どれか1 .個室希望 2. .どちらでもよい	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ/ どこでも(つに○を付 .多床室希望	日 が確保で させできる い待ち)日 けてくた 望 3.	() できない場合 期間 期間 希! 間希望 ごさい) 個室希望が	〜 月 月 日(月 日(望する・ ** ** キャンセ ごが多床室で	希望しな 日 北・調 う) へ ・ 発望しな た 、 特養大	() 整不可 月 月 心 希望 森・特養	月(日(する 馬込は)) · 希望 · 原則個	日間 日間 望しない 固室です	- 0
期間居1.5.	その他 室希望(どれか1 .個室希望 2	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ/ どこでも(つに○を付 .多床室希望	日 が確保で させできる い待ち)日 けてくた 望 3.	() できない場合 期間 期間 希! 間希望 ごさい) 個室希望が	〜 月 月 日(月 日(望する・ ** ** キャンセ ごが多床室で	希望しな 日 北・調 う) へ ・ 発望しな た 、 特養大	() 整不可 月 月 心 希望 森・特養	月(日(する 馬込は)) · 希望 · 原則個	日間 日間 望しない 固室です	- 0
期間居1.5.	その他 室希望(どれか1 .個室希望 2. .どちらでもよい	月 上記の日程 ・必ず確保 ・その他代 ・キャンセ/ どこでも(つに○を付 .多床室希望	日 が確保で させできる い待ち)日 けてくた 望 3.	() できない場合 期間 期間 希! 間希望 ごさい) 個室希望が	〜 月 月 日(月 日(望する・ ** ** キャンセ ごが多床室で	希望しな 日 北・調 う) へ ・ 発望しな た 、 特養大	() 整不可 月 月 心 希望 森・特養	月(日(する 馬込は)) · 希望 · 原則個	日間 日間 望しない 固室です	- 0

- ※ 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。

事務処理(施設使用欄)	١
------------	---	---