5池長本発第 358 号
令和5年 10 月 25 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

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6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4年9月より特別養護老人ホーム池上の大規模修繕工事の関係で、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）　**令和4年 9 月1日から令和6年9月30日まで特別養護老人ホーム池上が、大規模修繕工事のため、ショートステイのご利用ができなくなります。ご不便をお掛けいたしますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。**

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６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１日(水)	11 月６日(月)	11 月７日(火)
２月	12 月１日(金)	12 月５日(火)	12 月６日(水)
３月	１月４日(木)	１月９日(火)	１月 10 日(水)
４月	２月１日(木)	２月５日(月)	２月６日(火)
５月	３月１日(金)	３月５日(火)	３月６日(水)
６月	４月１日(月)	４月３日(水)	４月４日(木)

〇FAX予約受付時間　9時30分～12時00分
〇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。
〇電話受付開始時間　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利用者氏名と代理人氏名につきましてはふせ字にてご記入をお願いいたします。

（4）　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、両方の申込書「備考欄」へ「△△のため〇〇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6年1月1日から6月30日まで）**

	施　設　名	所在地			定員	居室の内訳	
						個室	多床室
1	特別養護老人ホーム羽田	大田区本羽田 3-23-45	申込先 （FAX）	**3745-5886**	8名	4名	4名
			問合せ （TEL）	3745-5486	○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） ○緊急短期入所を行っております。		
2	特別養護老人ホーム大森	大田区大森西 1-16-18	申込先 （FAX）	**5471-2710**	４名	４名	
			問合せ （TEL）	5471-2703	○原則として個室のご利用となります。 ○緊急短期入所を行っております。		
3	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**	11名	5名	６名
			問合せ （TEL）	5710-0780	○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。 ○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糀谷	大田区西糀谷 2-12-1	申込先 （FAX）	**3745-3036**	11名	5名	6名
			問合せ （TEL）	3745-3001	○男性の多床室は2人室1室のみとなります。 ○緊急短期入所を行っております。		
5	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	申込先 （FAX）	**5732-1055**	10名	6名	４名
			問合せ （TEL）	5732-1033	○定員には、大田区緊急ショート3名分が含まれます。		
6	特別養護老人ホーム馬込	大田区西馬込 2-11-2	申込先 （FAX）	**6303-8221**	5名	5名	
			問合せ （TEL）	6303－8307	○個室のみのご利用となります。 ○緊急短期入所を行っております。		

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。

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。
※太枠内をご記入ください。

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				担当ケアマネジャー	
連絡先	電話　（　　）　FAX　（　　）				

利用希望者	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	〔　〕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（　　）		

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・特養馬込は原則個室です。
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。

事務処理（施設使用欄）

社会福祉法人 池上長寿園

事業所送付番号	

受診施設記入欄	

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（　○○　　）

以下の欄の記入は通常どおり漏れのないようにお願いします

利用者氏名と代理人氏名はふせ字でお願いします

利用希望者	番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	
	業所名	○○ケアプランセンター										担当ケアマネジャー	○○　○○
	電話　03　（　1234　）　5678　　FAX　03　（　1234　）　6789												
	ガミ　ロウ											ガミ　コ	
	上　郎											人氏名	上　子
	生　年　月　日					年齢		性別				要　介　護　度	
	明治　大正　・　昭和 8　年　9　月　29　日					85　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	〔　　〕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（　　）											
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・特養馬込は原則個室です。
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。

事務処理（施設使用欄）

社会福祉法人　池上長寿園