

特別養護老人ホーム千歳園 入所申込書

受付日： 令和 年 月 日

申請者 (連絡先)	〒：
	住所：
	氏名： 印
	電話： ()
	携帯：

特別養護老人ホームに以下の通り入所を希望します。
この申込書の内容は広島市へ提供することを認めます。

入所希望者の氏名及び介護保険情報	フリガナ		性別	保 険 者	
	氏 名	印	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	1・2・3・4・5	
	現 住 所	〒 —	認 定 有 効 期 限	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	
	在宅サービスの利用状況	介護保険サービスの支給限度基準に占める、実際のサービス利用額の割合をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 40%未満 <input type="checkbox"/> 40%~60%未満 <input type="checkbox"/> 60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 80%以上			
	ご本人の居所	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院（一般・療養） <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他 ※入院・入所中の方は下記へもご記入ください。 〔・病院名・施設名 : ・入院又は入所の時期 : 年 月頃から〕			
世帯の状況	該当する箇所にチェックをつけてください。		同居者（同一敷地内を含む）が	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
			広島市内及び隣接市町村に、子および子の配偶者が	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
	同居者が「いる」または、広島市内および隣接市町村に、子および子の配偶者が「いる」にチェックをつけた方は、該当する方を下の表に記入してください。				
	氏名	続柄	年齢	住所(市町村名のみで結構です)	
介護の状況	上記「世帯の状況」欄の中から主な介護者を1名選び、入所希望者の介護の状況について、下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。				
	氏名	ご本人との続柄			
	<input type="checkbox"/> 難病等がある 病名 ()				
	<input type="checkbox"/> 障害等がある 手帳の種類 () 障害の程度 (級) (度)				
	<input type="checkbox"/> 主介護者自身が要介護 (5・4・3・2・1) 、又は要支援 (1・2)				
	<input type="checkbox"/> 高齢である (歳) <input type="checkbox"/> 病弱である (病名 ;)				
<input type="checkbox"/> 働いている (週平均 日、1日平均 時間勤務)					
<input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 育児中 (歳の子)					
主な介護者を手伝う方がいる場合は、下記の事項を記入してください。					
氏名		ご本人との続柄			
住宅の状況	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。				
	<input type="checkbox"/> 玄関が2階以上の建物でエレベーターがない		<input type="checkbox"/> 本人専用の部屋がない		
	<input type="checkbox"/> 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある		<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている		
	<input type="checkbox"/> 借家等のため、住宅改修が困難である		<input type="checkbox"/> 住宅がない		

ご本人の行動について	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 放尿・放便がある <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題となる行動がある			<input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある			<input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である		
	()								

入所希望の理由 (複数回答可)	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない								

担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※ 事業所名 [] 名前 []						
	<input type="checkbox"/> いない						

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい								
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

病歴等について

病名	発症年月	現在の治療の有無	通院中の病院	病院名	診療科	担当医師名	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
				身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (種 級) (障害名 :)			

ADL等の状況

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (左・右・両 上肢/左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 (肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自力・介助)
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声かけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的

性格	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 好き嫌が多い	精神状態	<input type="checkbox"/> 落ち着いた
	<input type="checkbox"/> 朗らか	<input type="checkbox"/> わがまま		<input type="checkbox"/> 精神的障害がある
性格	<input type="checkbox"/> 親しみやすい	<input type="checkbox"/> 頑固	認知症	認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	<input type="checkbox"/> 几帳面	<input type="checkbox"/> 短気		失見当： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	<input type="checkbox"/> 人に溶け込めない	<input type="checkbox"/> 無口		
	<input type="checkbox"/> 凝り性	<input type="checkbox"/> 融通がきかない		

入所申請に至る生活歴

特記事項(在宅での介護が困難な具体的な理由など)

情報提供の同意

入所待機者の状況等に係る統計上の情報として、この申込書の内容を広島市へ提供することに同意しますか。

はい いいえ

また、この申込を受けた特別養護老人ホームが入所待機者数等を把握するため、広島市が保有する、申込者の介護保険被保険者資格の得喪、要介護度及び他施設入所に係る情報の提供を受けることに同意しますか。

はい いいえ

※ 「主に介護をされる方の状況」欄では、現在ご本人様（入所を希望される方）が他施設へ入所中であっても、在宅で介護をされた場合を想定してチェックして下さい。

※ ご本人様・ご家族様単独での記入が難しいようであれば、ケアマネージャーの方などへ記入を相談・依頼するのもよろしいかと思います。

※ ご本人様の心身の状況やご家族様の状況に変更が生じた場合には、お手数ですが千歳園までご連絡下さい。特に介護度が変更した場合には必ずご連絡下さい。

【連絡先】

特別養護老人ホーム 千歳園
〒733-0853 広島市西区山田新町二丁目7番2号
電話：082-272-5181
FAX：082-273-8795
担当：生活相談員 志賀 彰