

受付日 令和 年 月 日

[特別養護老人ホーム] 瀬野川ホーム・あきなかの 入所申込書

特別養護老人ホームに以下の通り入所を希望します。

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。
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。

申請者(連絡先)
〒住所
氏名
電話番号
携帯番号

フリカナ
性別
保険者
広島市・その他
氏名
男・女
被保険者番号
要介護状態区分等
要介護(3・4・5)
生年月日
明・大・昭 年 月 日
介護保険負担割合
1割・2割・3割
現住所
〒
医療保険
原爆手帳
生活保護
入所希望の状況
収入
入所希望の理由
入所希望時期
医療の状況
特養申請状況
主介護者
備考

入 所 者 の 身 体 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"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 ( ) <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口			
認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有 <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 特筆すべき症状 内容 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし			
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級／障害名： )			
入所申請に至る生活歴				
<既往歴・現病歴> (※特に近年に大きな病気やケガをされましたか。)  				
<かかりつけの病院> 病院 先生				
<飲まれている薬>				
特例入所の要件に係る事項 (要介護1又は2の方のみ)	※要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			