

[介護度 3 以上の方]

申込日 (20 年) 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。

申請者 (主介護者)	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名	印	生年月日	大・昭 年 月 日	
			本人との関係		
	〒 住所	電話	( )		
		携帯	( )		
同居の有無		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			

入所希望者の状況	フリガナ		性別	保 険 者	広島市・その他 ( )	
	氏名	印	男・女	介護保険者番号		
				要介護状態区分等	要介護 (3・4・5)	
	生年月日	大・昭 年 月 日				
	現住所	〒				※介護保険証の写しを同封してください。
	医療保険	原爆手帳 ( <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない ) ・生活保護 ( <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない )				
		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 / 障害名 : )				
	収入	・年 金 ( <input type="checkbox"/> 有 1年間の合計金額 _____ 円 <input type="checkbox"/> ない )				
		・その他 ( <input type="checkbox"/> 有 1年間の合計収入 _____ 円 <input type="checkbox"/> ない )				
		・収入が少ないので、家族が援助している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している				
状況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている ※一人で暮らされている方にお聞きします。 お住まいの近くにご家族はいらっしゃいますか。その方との関係は。 [ <input type="checkbox"/> 全くいない <input type="checkbox"/> 近所にいる <input type="checkbox"/> 近隣の区町にいる ( 区・町 <input type="checkbox"/> 県外 ( 県 ) ] [ <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]					
	<input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 居宅サービスは利用していない ※居宅サービスを利用している方にお聞きします。ご利用程度はどれくらいですか？ ・ヘルパーを週 _____ 日、 デイサービスを週 _____ 日、 ショートステイを月 _____ 日。					
	<input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記にご記入ください) ※施設種別・施設名または病院名 : _____ ※入所又は入院時期 : (20 年) 令和 年 月頃から					
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が遠方のため、介護が難しい <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・育児により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 申込者以外にも介護が必要な方がいる (どなた? ) <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 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )					
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマーの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう、鼻くう等) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

入 所 希 望 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 <input type="checkbox"/> 聞こえない 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（ <input type="checkbox"/> 自力で乗れる <input type="checkbox"/> 介助が必要） （ <input type="checkbox"/> 自力で動かせる <input type="checkbox"/> 介助が必要）
	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"/> 衣服を準備すれば着れる〕 <input type="checkbox"/> 全介助	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、声がけ誘導、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"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> その他〔 <input type="checkbox"/> 〕		
認知症	<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 <input type="checkbox"/> 特になし 内容 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）			
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＞				
担当のケア マネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ <input type="checkbox"/> ）名前（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> いない TEL（ <input type="checkbox"/> ） -			
※当法人の中で情報を共有することに同意されますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

※入所の順番は基本的には申し込み順ですが、各項目(介護量・介護負担等)を評価し、入所順が早くなる事がありますので、漏れのないようにご記入をお願い致します。