

施設受付印

## 特別養護老人ホーム新都西風苑 入所申込書

以下のとおり、特別養護老人ホーム新都西風苑に入所を申し込みます。

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
	この申込を受けた特別養護老人ホームが入所希望者の状況把握の一環として、居宅介護支援事業所や入所施設等から入所希望者に関す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

申請者連絡先	住所	〒	氏名	◎
			電話	( )
			携帯電話	( )

入所希望者の状況	フリガナ		性別	保険者	
	氏名	◎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	現住所	〒	認定の有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している ※利用限度額に対する利用の割合にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上 <input type="checkbox"/> 特養等の施設や病院に入っている（対象者の方は下記にご記入ください） ※施設種別・施設名又は病院名： ※所在地： 電話： ※入所又は入院時期：平成 年 月頃から			
	入所希望の理由 (複数回答可)	<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 ※居住環境の状況について <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがある <input type="checkbox"/> スペースがない ※衛生環境の状況について <input type="checkbox"/> 常に掃除ができない等衛生上の問題がある <input type="checkbox"/> 問題なし <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 ( )			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃（まで、以降）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			
	主介護者	フリガナ		性別	続柄
氏名			男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
同居の有無		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <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"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	
	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)		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 日常会話は十分にできる <input type="checkbox"/> あいさつ程度であればできる <input type="checkbox"/> 全くできない	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖, 押し車, 歩行器等を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自分で操作 <input type="checkbox"/> 介助が必要 )	
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	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	
	身体	腕	<input type="checkbox"/> 麻痺などは特になく, ある程度自由に動く <input type="checkbox"/> 動かしにくい(動かない)部位がある ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 )		
		足	<input type="checkbox"/> 麻痺などは特になく, ある程度自由に動く <input type="checkbox"/> 動かしにくい(動かない)部位がある ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 )		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴することができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレを使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 ( <input type="checkbox"/> 布パンツを使用 <input type="checkbox"/> パットを使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツを使用 <input type="checkbox"/> オムツを使用 )			
	認知症	物忘れ	<input type="checkbox"/> 全く覚えられない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない		
		場所や時間の理解	<input type="checkbox"/> 全く理解できない <input type="checkbox"/> 理解できないことがある <input type="checkbox"/> 理解できる		
特記事項		※該当する項目すべてにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 火の不始末			
性格	※該当する項目すべてにチェックを入れてください。 <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"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> その他 ( )				
医療行為	※該当する項目すべてにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 人工膀胱(ウロストミー) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

担当 ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	※居宅介護支援事業所 ( ) ケアマネジャー氏名 ( )
---------------	--	---------------------------------

保険証等	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証(国保) <input type="checkbox"/> 健康保険証(健保) <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

入所希望者のこれまでの生活歴等をご記入ください。

---



---



---



---

特記事項(入所を急がれるご事情や, 経済的な理由など)があればご記入ください。

---



---



---