

特別養護老人ホームこころ三清荘 入居申込書

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。 <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 |

| | | |
|--------------|------------|--------|
| 申請者 (連絡先) | 〒 _____ 住所 | 氏名 |
| | | 電話 () |
| | | 携帯 () |

| | | | | |
|----------|-----------------|--|----------|--------------------------|
| 入所希望者の状況 | フリガナ | 性別 | 保険者 | |
| | 氏名 | 男・女 | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 要介護状態区分等 | 要介護 (1・2・3・4・5) |
| | 現住所 | 〒 _____ | 認定有効期限 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| | 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 事業所名 () <input type="checkbox"/> 特養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： ※所在地： ※入所又は入院時期：令和 年 月頃から | | |
| | 入所希望の理由 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護する者がいない <input type="checkbox"/> 長期入院や県外在住等により介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が、要介護 (支援)、障害、病気で十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が、就労、複数介護、育児中であ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など衛生上の問題がある <input type="checkbox"/> 問題がない <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 <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"/> 令和 年 月頃 (まで、以降) に入所したい | | |
| | 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 () | | |
| | 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 | | |
| | 同居有無 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | かかりつけ医 | 病院 | 担当医 | |
| | | 病院 | 担当医 | |
| | 備考 | 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名 () 名前 () <input type="checkbox"/> いない | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|------|---|
| 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"/> 好き嫌が多い <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"/> 人に受け入れられない <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 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 特記事項 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 特例入所の要件に係る事項 (要介護1又は2の方のみ) | <p>※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。</p> <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。 | | | |