

受付日 平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設等入所申込書

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。 <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	印
		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	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
	現住所	〒 _____	認定有効期限	平成 年 月 日から 平成 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 ※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"/> 3割未満 <input type="checkbox"/> 3割以上 <input type="checkbox"/> 7割以上 <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：平成 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"/> 平成 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		
	主介護者	フリガナ	性別	本人との関係
氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
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 ()		
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				
<hr/> <hr/> <hr/>				
特記事項				
<hr/> <hr/> <hr/>				
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。			

調査票

記入日 平成 年 月 日		申請者	氏名	印		施設受付印	
			住所	〒			
			電話	() -			
			携帯	() -			
入所希望者の状況	ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	施設記入欄	
	氏名	印		性別	男・女		
	住所	〒		電話	() -		
	介護保険保険者			要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)		
	保険者番号			被保険者番号			
	認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名				
		<input type="checkbox"/> いない	担当者氏名	電話	() -		
	現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮している <input type="checkbox"/> 家族と暮している(人暮らし)					
		<input type="checkbox"/> 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)					
		※施設・病院名 _____ 住所 _____					
		※入所、入院時期 平成 年 月頃から					
	入所希望の理由	<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							
<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()							
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						
施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)						
	当施設入所申込年月日	昭和・平成 年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します)					
	施設名			入所申込年月			
				平成 年 月			
				平成 年 月			
医療状況	<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"/> じよく瘡(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()						
	現在治療中の病名						
主治医病院名		担当医師名					
主介護者	ふりがな			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	氏名			性別	男・女 本人との関係		
	住所	〒		同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している		
	電話	() -		<input type="checkbox"/> その他()			

No.1

入所希望者についての意見書

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

(事業者名) 印

(住所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日	平成 年 月 日				
ふりがな			生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)		
氏名			性別 男・女		
住所	〒		電話 () -		
介護保険保険者			要介護状態区分等 要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)		
保険者番号			被保険者番号		
認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな氏名	本人との関係	同居有無	連絡先	家族構成図
※主たる介護者の名前に○をしてください。					
現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)					
緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
入所についての本人・家族の意思					
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)			特記事項		
麻痺等の有無について					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他					
関節の動く範囲の制限の有無について					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他					
起き上がりについて					
<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない					
両足での立位保持について					
<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない					

	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)	特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)	
	移動について <input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
	移乗について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がりについて <input type="checkbox"/> つかまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	食事摂取について:入歯の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 ※主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() ※副食物 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
	入浴について:頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿について <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便について <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	衣服の着脱について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭の管理について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	日常の意思決定について <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
	視力について:眼鏡の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 近距離であれば見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
	聴力について:補聴器の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
	意思の伝達について <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	指示への反応について <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	性格について <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"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 凝り性 <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	
	対人関係について <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的	
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい) <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 特になし	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	直前の出来事を思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	自分の名前を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	自分がいる場所を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	不適応行動について	
	被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	幻覚・幻聴が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	感情が不安定になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	暴言、暴行が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	同じ話、不快な音、大きな声をだすことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
異食が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
現在受けている医療について <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマーの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <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 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。