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。

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									
曲	<u>,</u>	T	— 氏 名 印						
申 連 住所 請 絡			電 話 ()						
者	先		携 帯 ()						
	7 11 -	h	性別保険者						
	フリカ゛ナ 氏名		一 被保険者番号						
			印 男・女 ┣━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━						
	生年	月日	——————————————————————————————————————						
	現住所		〒 一 平成 年 月 日から 認 定 有 効 期 限 一						
			一部 上 有 別 期 限 平成 年 月 日まで						
			□自宅にて一人で暮らしている □自宅にて家族と暮らしている						
			□居宅サービスを利用している						
	状	沿	※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 □3割未満 □3割以上 □7割以上 □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)						
希	1 /\	174	※施設種別・施設名または病院名:						
			※所在地:						
望			※入所又は入院時期:平成 年 月頃から						
	入所		口身寄りがなく介護する者がいない						
者			□長期入院や県外在住等により介護する者がいない □ ○ ***********************************						
		へ 複	□介護者が、要介護(支援)、障害、病気であり十分な介護ができない □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						
の	希	数	□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						
	望 の	12.21	ロロは、毎年間はの主はは、「ハム人業だっさん」。						
状	理	1可)	※居住環境の状況について □本人専用の居住スペースがある □スペースがない						
	由		※衛生環境の状況について □常に掃除ができないなど衛生上の問題がある □問題がない						
況			□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						
			□その他(□今すぐ入所したい						
	入所希	望時期	□平成 年 月頃(まで、以降)に入所したい						
	三 走。	DAIME.	□経管栄養 □胃ろう □ I V H □インシュリン注射 □じょく瘡(床ずれ)□在宅酸素						
	医療の状況		□バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他()						
			□当該施設のみの申請 □他の施設にも申請している						
主	フリア	り゛ナ	性別本人との関係						
介護	氏	名	男・女 生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日						
者	同居	有無	□同居している □別居している □その他()						
備	担当	ケア	□いる ※事業所名 () 名前 ()						
考		ネーィー	□いない						

	視	□普通 □弱視 □全盲	麻	□有(左・右・両 上肢/左・右・両 下肢)				
	力	眼鏡使用:□有 □無	痺	□無				
	聴	□普通 □やや難聴 □難聴	拘	□有(肩・肘・指・股・膝・足)				
入	力	補聴器使用:□有 □無	縮	□無				
	意	□可 □一部可 □不可		□歩行(自力・杖・歩行器)				
所	思		移動	□車椅子(自力・介助)				
	疎通							
希	食	□自立 □一部介助 □全介助	入	□自立 □一部介助 □全介助	_			
1113	事		 浴					
望	عد ـ	□自立 □一部介助 □全介助		上 洗 面:□自立 □一部介助 □全介助	_			
主	着脱		整	歯磨き:□自立 □一部介助 □全介助				
- 	衣		容					
者			対	入れ歯:□有 □無 □無 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	_			
	排	□トイレ □Pトイレ □オムツ	人	□協調的 □普通 □拒否的				
0)	泄	(自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	関					
			係					
身		□おとなしい □好き嫌いが多い	<i>,</i>)	□凝り性				
	性	□朗らか □わがまま □		□融通がきかない □その他				
体	格	□□九帳面 □短気		()				
' '		□人に溶け込めない □無口		,				
状	認	□認知症有						
1	知症	□精神的障害有 □特筆すべき症料	犬					
況		内容(
化	精神	134						
	状			J				
	態	□特になし						
		身体障害者手帳 □無 □有(種 級/	/障	害名:)				
- ! - ! 入所申請に至る生活歴								
特証	己事马	頁						
特 へ ※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。								
.1.7	<u> </u>	※要介護1又は2の方が入所するためには、	下記(
例	(要	※要介護1又は2の方が入所するためには、 ご自身の判断で該当すると思われる項目に						
例入	(要介護		チェ	ックをしてください。				
例入所の	介 護 1	ご自身の判断で該当すると思われる項目に	チェ	ックをしてください。				
例入所の	介護	ご自身の判断で該当すると思われる項目に □認知症である者であって、日常生活に支障を 頻繁にみられる。	チェ を来 [*]	ックをしてください。 すような症状・行動や意思疎通の困難さが				
例入所の要件	介護1又は2	ご自身の判断で該当すると思われる項目に □認知症である者であって、日常生活に支障を 頻繁にみられる。	チェ を来 [*]	ックをしてください。 すような症状・行動や意思疎通の困難さが				
例入所の要件に係	介護1又は	ご自身の判断で該当すると思われる項目に会会である者であって、日常生活に支障を頻繁にみられる。 □知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に会	チェ を来 支障	ックをしてください。 すような症状・行動や意思疎通の困難さが を来すような症状・行動や意思疎通の				
例入所の要件	介護1又は2の	ご自身の判断で該当すると思われる項目に □認知症である者であって、日常生活に支障を 頻繁にみられる。 □知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に 困難さ等が頻繁にみられる。	チを支に	ックをしてください。 すような症状・行動や意思疎通の困難さが を来すような症状・行動や意思疎通の り、心身の安全・安心の確保が困難である。				