

受付日 平成 年 月 日

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホームに以下の通り入所を希望します。

Table with 2 rows and 2 columns. Row 1: Information provision consent regarding statistics. Row 2: Information provision consent regarding facility admission.

Table for applicant information including address, name, and phone numbers.

Main application form table with multiple rows for personal details, insurance, current residence, care status, and medical conditions.

入所申請に至る生活歴 (History of life leading to application for admission)

特記事項 (Special notes)

病歴	病名		発症年月日	病院名	入院の有無 (期間)	手術の有無	現在の治療
					無 有	無有	無 有
					無 有	無有	無 有
					無 有	無有	無 有
					無 有	無有	無 有
					無 有	無有	無 有
通院中の病院	病院名		診療科	担当医師名	病名		
入所希望者の身体状況	視力	普通 弱視 全盲 眼鏡使用： 有 無	麻痺	有（左・右・両 上肢 / 左・右・両 下肢） 無			
	聴力	普通 やや難聴 難聴 補聴器使用： 有 無	拘縮	有（肩・肘・指・股・膝・足） 無			
	意思疎通	可 一部可 不可	移動	歩行（自力・杖・歩行器） 車椅子（自力・介助）			
	食事	自立 一部介助 全介助	入浴	自立 一部介助 全介助			
	着脱衣	自立 一部介助 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面： 自立 一部介助 全介助 歯磨き： 自立 一部介助 全介助 入れ歯： 有 無			
	排泄	トイレ Pトイレ オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	協調的 普通 拒否的			
	性格	おとなしい 好き嫌いが多い 朗らか わがまま 親しみやすい 無口 凝り性 頑固 几帳面 短気 人に溶け込めない 融通がきかない					
	認知症状	認知症有 精神的障害有 特筆すべき症状 内容〔 〕 特になし					
	保険情報	後期高齢者医療保険 国民健康保険 社会保険（家族の扶養 有 無） 原爆手帳 有 無 / 生活保護受給 有 無 身体障害者手帳 無 有（ 種 級 / 障害名： ）					

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

入 所 希 望 者 の 状 況	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	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
	家 族 構 成	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。						

希 望 者 の 状 況	特 記 事 項
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) 麻痺等の有無について ない 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 その他	
関節の動く範囲の制限の有無について ない 肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節 その他	
起き上がりについて つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない	
両足での立位保持について 支えなしでできる 何か支えがあればできる できない	
移動について 歩行(独歩 杖歩行 シルバーカー 歩行器) 車椅子(自立 見守り 一部介助 全介助)	
移乗について 自立 見守り 一部介助 全介助	
立ち上がりについて つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない	
入浴について:頻度 毎日 2~3日に1度 その他() 普通浴槽 特殊浴槽() その他() 自立 見守り 一部介助 全介助	

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	食事摂取について:入歯の有無 有 無	
	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう	
	主食 普通食 軟食 ミキサー その他()	
	副食物 普通 きざみ ミキサー その他()	
	排泄について	
	トイレ ポータブルトイレ 尿器 特殊パンツ オムツ	
	自立 見守り 一部介助 全介助 (尿便意) 清明 曖昧 無	
	衣服の着脱について	
	自立 見守り 一部介助 全介助	
	視力について:眼鏡の有無 有 無 その他()	
	日常生活に支障がない 近距離であれば見える ほとんど見えない	
	聴力について:補聴器の有無 有 無 その他()	
	日常生活に支障がない 大きな声なら聞き取れる ほとんど聞こえない	
	意思の伝達について	
	できる 時々できる できない	
	指示への反応について	
	通じる 時々通じる 通じない	
	対人関係について	
	協調的 普通 拒否的	
精神状態等について(特記欄に状態を必ず記入下さい)		
記憶[重度 中度 軽度] 失見当[重度 中度 軽度]		
不適応行動の有無		
幻聴・幻視・幻覚 夜間不眠・昼夜逆転 暴言・暴行		
感情が不安定になる 同じ話を繰り返す 異食		
介護への抵抗 目的なく動き回る 不潔行為(漏便・オムツいじり等)		
その他()		
現在受けている医療について		
点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマーの処置		
酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護		
経管栄養 モニター測定 褥瘡の処置 カテーテル		
障害老人の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
認知性老人の日常生活自立度	自立 ・ ・ a ・ b ・ a ・ b ・ ・ M	
特記	-----	

受付日： 年 月 日

整理番号

入所申し込みチェックリスト

社会福祉法人 藤愛会
特別養護老人ホーム リバーサイド中広
広島市西区中広町二丁目15番15号
(電話)082-235-0788
(担当)生活相談員 廣田

入所希望者氏名 : 様

別紙の書類をご記入の上、揃えてチェックリストに添付しご提出ください。

< 提出前にご確認ください >

特別養護老人ホーム入所申し込み書

入所希望者についての意見書
(ケアマネージャーにて記入)

介護サービス利用表(当月分)

「グループホーム ハレ・クプナ」(平成17年4月1日 山手町に開設 電話：503-0081)

入所申し込みをする

申し込みをしない

(個人情報の取り扱いについて)

入所申し込み書記載の個人情報については、広島市への提供の他、ご家族や居宅介護支援事業所申し込み時に入所されている施設への連絡以外には使用致しません。