

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
- 地域密着型特別養護老人ホーム入所申し込み書
* いずれかのみに申し込みを希望される場合にチェックしてください。
- 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)
- 特例意見書 * 要介護1, 2の方のみ
- 介護サービス利用表 (当月分)

「グループホーム ハレ・クプナ」(山手町 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。

受付日 令和 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 columns: Information provision consent, and text regarding consent to provide information to Hiroshima City.

Table with 2 columns: Applicant information (Name, Address, Phone, Mobile) and Name.

Main application form table with columns for Name, Sex, Insurance, Birth date, Current residence, and various care-related options.

特記事項 ※要介護1又は2の入所希望者は、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由(認知症・知的障害・精神障害等)を詳しく記入してください。

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
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<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、声かけ誘導、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"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 融通がきかない					
認知症状	<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					
保険情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 (家族の扶養 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 原爆手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 介護保険負担減免 (段階) *認定済みの方のみ 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						
.....						
.....						
.....						
.....						

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)

(住所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日 令和 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・令和 年 月 日			～	令和 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	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 □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 <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 ※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()	
	排泄について <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 (尿便意) <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> 無	
	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	
	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"/> ほとんどきこえない	
	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	
	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	
	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(特記欄に状態を必ず記入下さい) <input type="checkbox"/> 記憶【 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度】 <input type="checkbox"/> 失見当【 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度】	
	不適応行動の有無 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 目的なく動き回る <input type="checkbox"/> 不潔行為(漏便・オムツいじり等) <input type="checkbox"/> その他()	
	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・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	特記	被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 / 負担限度額減免 <input type="checkbox"/> 有(段階) <input type="checkbox"/> 無