

受付日 令和 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。
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。

申請者(連絡先)
住所
氏名
電話
携帯

入所希望者の状況
フリカヅナ
性別
保険者
被保険者番号
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
希望
理由
入所希望時期
医療の状況
特養申請状況
主介護者
備考

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"/> 人に溶け込めない <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 ※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・精神障害等など）を詳しく記入してください。				