

特別養護老人ホーム千歳園 入所申込書

受付日： 令和 年 月 日

記入例です

申請者 (連絡先)	〒	733-0853	
	住所：	どなたでも結構です。 広島市西区山田新町二丁目7番2号	
	氏名：	千歳花子 千歳	
	電話：	082-272-5181	
	携帯：	070-6479-5808	

特別養護老人ホームに以下の通り入所を希望します。
この申込書の内容は広島市へ提供することを認めます。

入所希望者の氏名及び介護保険情報	フリガナ	チトセタロウ 千歳	性別	保 険 者	広島市
	氏名	千歳太郎 千歳	男・女	被 保 険 者 番 号	0 0 0 0 5 6 0 8 6 2
	生年月日	明・大・昭 7年12月24日		要 介 護 度	1・2・3 4 ・5
	現住所	〒733-0853 広島市西区山田新町二丁目7番2号		認 定 有 効 期 限	平成・令和 2年 4月 1日から 平成・令和 5年 3月 31日まで
	在宅サービスの利用状況	介護保険サービスの支給限度基準に占める、実際のサービス利用額の割合をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 40%未満 <input type="checkbox"/> 40%～60%未満 <input type="checkbox"/> 60%～80%未満 <input checked="" type="checkbox"/> 80%以上			
ご本人の居所	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院（一般・療養） <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他 ※入院・入所中の方は下記へもご記入ください。 ・病院名・施設名： _____ ・入院又は入所の時期： 平成 年 月頃から _____				
	該当する箇所にチェックをつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 同居者（同一敷地内を含む）が _____ <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 広島市内及び隣接市町村に、子および子の配偶者が _____ <input type="checkbox"/> いない				
世帯の状況	同居者が「いる」または、広島市内および隣接市町村に、子および子の配偶者が「いる」にチェックをつけた方は、該当する方を下の表に記入してください。				
	氏名	続柄	年齢	住所(市町村名のみで結構です)	
	千歳花子	妻	71	広島市	
	千歳次郎	長男	45	廿日市市	
千歳咲子	嫁	42	廿日市市		
介護の状況	上記「世帯の状況」欄の中から主な介護者を _____、入所希望者の介護の状況について、下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。				
	氏名	千歳花子		ご本人との続柄	妻
	<input type="checkbox"/> 難病等がある 病名 (_____) <input type="checkbox"/> 障害等がある 手帳の種類 (_____) 障害の程度 (_____ 級) (_____ 度) <input type="checkbox"/> 主介護者自身が要介護 (5・4・3・2・1)、又は要支援 (1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢である (71歳) <input checked="" type="checkbox"/> 病弱である (病名： 高血圧・喘息・白内障) <input type="checkbox"/> 働いている (週平均 _____ 日、1日平均 _____ 時間勤務) <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 育児中 (_____ 歳の子)				
	主な介護者を手伝う方がいる場合は、下記の事項を記入してください。				
	氏名	千歳咲子		ご本人との続柄	長男の嫁
	住宅の状況	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 玄関が2階以上の建物でエレベーターがない <input type="checkbox"/> 本人専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input checked="" type="checkbox"/> 借家等のため、住宅改修が困難である <input type="checkbox"/> 住宅がない					

ご本人の行動について

下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。

徘徊する
 奇声や大声をあげる
 暴言や暴力的な行動がある

夜間不眠や昼夜の逆転がある
 被害妄想がある
 火の不始末がある

放尿・放便がある
 不潔行為がある
 介護に対して拒否的である

その他介護する上で問題となる行動がある
 ()

入所希望の理由 (複数回答可)

下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。

介護者がいないため
 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護ができない
 介護者の就労により、十分な介護ができない
 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
 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない
 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

担当ケアマネージャー

いる ※ 事業所名 居宅介護事業所 千歳園 名前 山田 美鈴

いない

入所希望時期

今すぐ入所したい
 令和 年 月頃までに入所したい

特養申請状況

当該施設のみ申請
 他の施設にも申請している

医療の状況

経管栄養 胃ろう IVH インシュリン注射 じょく瘡 (床ずれ) 在宅酸素
 バルーンカテーテル 人工肛門 人工膀胱 その他 ()

病歴等について

病名	発症年月	現在の治療の有無	通院中の病院	病院名	診療科	担当医師名
高血圧	H9.12	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通院中の病院	広島県民病院	内科	紅葉医師
脳梗塞	H12.4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		瀬戸内眼科	眼科	宮島医師
認知症	H12.7	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
左大腿骨頸部骨折	H17.10	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
白内障	H15.10	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

身体障害者手帳 有 無 (1種 4級)

(障害名 : 感音性難聴)

A D L等の状況

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 ※右側に麻痺がある。

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
 ※話した内容をすぐに忘れてしまう。
 ※簡単な内容しか通じない。

移動

歩行 (自力・杖・歩行器)
 車椅子 (自力・介助)
 ※自分ではこぐことが難しい。

食事

自立 一部介助 全介助
 ※右手の麻痺があり、食べこぼしも多い。

入浴

自立 一部介助 全介助
 ※デイサービスでしか入っていない。

着脱衣

自立 一部介助 全介助
 衣服の準備、選択
 ※袖を通したりはできるが、ほぼ全介助の状態。

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 ※総入れ歯

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)
 ※オムツを触る行為がある。

対人関係

協調的 普通 拒否的

性格	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 好き嫌が多い	精神状態	<input type="checkbox"/> 落ち着いている
	<input type="checkbox"/> 朗らか	<input checked="" type="checkbox"/> わがまま		<input checked="" type="checkbox"/> 精神的障害がある
認知症	<input type="checkbox"/> 親しみやすい	<input type="checkbox"/> 頑固	認知症	認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	<input type="checkbox"/> 几帳面	<input checked="" type="checkbox"/> 短気		失見当： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	<input type="checkbox"/> 人に溶け込めない	<input type="checkbox"/> 無口		
	<input type="checkbox"/> 凝り性	<input type="checkbox"/> 融通がきかない		

入所申請に至る生活歴

若い頃より大病をする事もなく酒や煙草をたしなむ生活を続けてきたが、65歳頃より高血圧を患い薬を服用するようになっていた。その後68歳の時に脳梗塞を発病。広島県民病院へ緊急搬送入院となり、退院後には右半身の麻痺が残る。また、この頃より物忘れもみられるようになり、「財布を盗られた」などと言う被害的な言葉も日常的に聞かれるようになった。73歳の頃には自宅内で転倒して左大腿骨を骨折し、車椅子を要する生活を余儀なくされる。現在は認知症も進み重介護を要するようになってきたため、訪問介護や通所介護のサービスを使いながら何とか在宅での生活を続けている。

特記事項(在宅での介護が困難な具体的な理由など)

夜間、オムツを触ったり、私に対する介護中の暴言があり、年齢的・体力的にも在宅介護に限界を感じている。また、隣町に息子夫婦がいるものの、3人の子の養育費を捻出すべく共働きをせねばならない状況であるため、実質、息子夫婦からの援助を望む事はできない。経済的な事情からも、比較的安価な特養ホームへの入所を希望したい。

入所判定会議において、得点を付ける際の資料となりますので、出来るだけ詳しくご記入ください。宜しく願いいたします。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- ※ 「主に介護をされる方の状況」欄では、現在ご本人様（入所を希望される方）が他施設へ入所中であっても、在宅で介護をされた場合を想定してチェックして下さい。
- ※ ご本人様・ご家族様単独での記入が難しいようであれば、ケアマネージャーの方などへ記入を相談・依頼するのもよろしいかと思えます。
- ※ ご本人様の心身の状況やご家族様の状況に変更が生じた場合には、お手数ですが千歳園までご連絡下さい。特に介護度が変更した場合には必ずご連絡下さい。

【連絡先】

特別養護老人ホーム 千歳園
〒733-0853 広島市西区山田新町二丁目7番2号
電話：082-272-5181
FAX：082-273-8795
担当：生活相談員 志賀 彰