

受付日 年 月 日

入所申込書【社会福祉法人広島県同胞援護財団 特別養護老人ホーム（安佐北区）】

特別養護老人ホームへ以下の通り入所を希望します

申込場所	入所希望する施設及び居室の選択	可部南静養園	緑ヶ丘静養園	
		【個室】	【多床室】	【個室】
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園」と「緑ヶ丘静養園」の【個室】と【多床室】のどちらでもよい	○	○	○
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園」と「緑ヶ丘静養園」の【個室】のみ希望する	○	×	○
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園」のみ希望する	○	×	×
<input type="checkbox"/>	「緑ヶ丘静養園」のみ希望する	×	○	○

※記入のない場合は、施設と居室の希望がないと判断させていただきます

※多床室とは、2人～4人部屋の事です

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 <input 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	施設入所の円滑化に資するため、複数の施設に申し込みをする場合はそれぞれの施設で入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を共有することに同意します <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	Ⓜ
		電話	( )
	入所希望者との関係	携帯	( )

入所希望者の状況	フリガナ	性別	保険者
	氏名	男・女	被保険者番号
希望者の状況	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分等
	現住所	〒 ー	要介護 (1・2・3・4・5)
希望者の状況	状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している (サービスの割合: <input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上) <input type="checkbox"/> 老健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) ※施設種別・施設名または病院名: ※病院の場合 (一般・療養) ※所在地: ※入所又は入院時期: 年 月頃から	
	入所希望の理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者となる身寄りがいないため ( <input type="checkbox"/> 介護者が遠方・ <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない ) <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障がい」「病気」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※居住環境の状況について <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがある <input type="checkbox"/> スペースがない ※衛生環境の状況について <input type="checkbox"/> 常に掃除ができないなど衛生上の問題がある <input type="checkbox"/> 問題がない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

入 所 希 望 者 の 状 況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃（まで、以降）に入所したい					
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している（これから行う予定）（ 件）					
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	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
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			科		
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			科		
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			科		
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

入 所 の 必 要 性	入所申請に至る生活歴						
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						
	特記事項 ※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）						
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない					
	特例入所の要件に係る事項	<b>【要介護1または要介護2の入所申込者のみ記入】</b> ※要介護1または要介護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。 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。					
		<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。					

【施設記入欄】
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**お願い**

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合やお亡くなりになった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず申込先の施設へ連絡してください。