

特別養護老人ホーム 川内の里 入所申込書

受付日:	平成 年 月 日
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 type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
	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 type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

申請者 (連絡先)	氏名: _____ 印	本人との関係:	_____
	電話: (_____)	住所:	〒 _____ - _____
	携帯: _____ - _____		

入所希望者の状況	フリガナ	_____	性別	保 険 者	広島市・それ以外(_____)	
	氏名	_____ 印	男・女	被保健者番号	_____	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	1・2・3・4・5		
	現住所	〒 _____ - _____	認定有効期限	平成 年 月 日 平成 年 月 日		
	身障者手帳	無・有: _____ 種 級 障害名(_____)			被爆者手帳	有・無

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"/> 褥瘡(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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他(_____)
希望者の状況	<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"/> 自宅サービスを利用している ※利用限度額に対する利用の割合にチェックしてください <input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上 <input type="checkbox"/> 特養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: (_____) ※所在地: (_____) ※入所又は入院時期: 平成 年 月頃から

入所希望の理由	(複数回答可) <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護できない <input type="checkbox"/> 介護者の就労等により、十分な介護できない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的な負担が大きく、十分な介護できない <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護できない ※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"/> 常に掃除ができていない等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、自宅で介護できない <input type="checkbox"/> その他(_____)
---------	---

介護者	フリガナ	_____	性別	本人との関係	_____
	氏名	_____	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他(_____)			

担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ※ 事業所名 (_____) 担当者 (_____) 氏名 (_____)
------------	---

※ 要介護度の変更、連絡先の変更、申込終了(移転、他施設に入所、死亡)等がありましたらご連絡ください。