受付日：	年	月	日

特別養護老人ホームくちた園入所申込書

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。　□ はい　□ 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。　□ はい　□ いいえ

申請者（連絡先）	〒　　－ 住所	氏名	
		電話	（　　）
		携帯	（　　）

入所希望者の状況	ふりがな		性別	保険者	
	氏名		男・女	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）
	生年月日	明・大・昭　年　月　日			
	現住所	〒　　－		認定有効期限	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
	状況	□自宅にて一人で暮らしている　□自宅にて家族と暮らしている □居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 □３割未満 □３割以上 □７割以上 □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：令和　年　月頃から			
	入所希望の理由（複数回答可）	□身寄りがなく介護する者がいない □県外在住等により介護する者がいない □介護者が、高齢、要介護（支援）、障害、病気等で十分な介護ができない □介護者が、就労、複数介護、育児中であ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 ※居住環境の状況について　□本人専用の居住スペースがある □スペースがない ※衛生環境の状況について　□常に掃除ができないなど衛生上の問題がある □問題がない □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 □その他（　　）			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい □令和　年　月頃（まで、以降）に入所したい			
	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（　　）			
	特養申請状況	□当該施設のみの申請　□他の施設にも申請している			
主介護者	ふりがな		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平　年　月　日
	同居有無	□同居している　□別居している　□その他（　　）			
備考	担当ケアマネージャー	□いる　※事業所名（　　）名前（　　） □いない			

入所希望者の身体状況	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
	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	移動	□歩行（自力・杖・歩行器） □車椅子（自力・介助）
	食事	□自立　□一部介助　□全介助	入浴	□自立　□一部介助　□全介助
	着脱衣	□自立　□一部介助　□全介助 衣服の準備、選択	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
	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）	対人関係	□協調的　□普通　□拒否的
	性格	□おとなしい　□好き嫌いが多い　□凝り性 □朗らか　□わがまま　□融通がきかない □親しみやすい　□頑固　□その他 □几帳面　□短気　（　　） □人に溶け込めない　□無口		
	認知症・精神状態	□認知症有 □精神的障害有　□特筆すべき症状 内容（　　） □特になし		
		身体障害者手帳　□無　□有（　　種　　級／障害名：　　）		

入所申請に至る生活歴（これまでの生活・申込の経緯・生活習慣・趣味など）

特記事項