

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。 ☐ 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	印
		電 話	()
		携 帯	()

入 所 希 望 者 の 状 況	フリカゝナ		性 別	保 險 者	
	氏 名	印	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		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	年 月 日から 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： 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 ☐ 長期入院や県外在住等により介護する者がいない ☐ 介護者が、要介護(支援)、障害、病気であり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	☐ 当該施設のための申請 ☐ 他の施設にも申請している			
	主 介 護 者	フリカゝナ		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		☐ 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
身 体 状 況	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				
特記事項				
特例入所の要件に係る事項	（要介護1又は2の方のみ） ※要介護1又は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と思われる項目にチェックをしてください。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又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。			

調 査 票

記入日		令和 年 月 日		申請者	氏 名	印		施設受付印				
					住 所	〒						
					電 話	() -						
					携 帯	() -						
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな					生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				施設記入欄	
	氏 名	印				性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒				電 話	() -					
	介護保険保険者				要介護状態区分等		要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)					
	保険者番号				被保険者番号							
	認定有効期限				年 月 日 ~ 年 月 日							
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)		☐ いる ☐ いない		事業所名		担当者氏名		電話 () -			
	現 況	☐ 一人で暮している ☐ 家族と暮している(人暮らし)										
		☐ 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)										
		※施設・病院名 _____ 住所 _____										
		※入所、入院時期 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 ☐ 長期入院や県外在住等により介護する者がいない										
		☐ 介護者が、要介護(支援)、障害、病気であり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												
☐ 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()												
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											
施 設 の 申 込 状 況	☐ 当施設のみ申請 ☐ 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)											
	当施設入所申込年月日		平成・令和 年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します)									
	施 設 名				入 所 申 込 年 月							
					平成・令和 年 月							
					平成・令和 年 月							
医 療 状 況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ インシュリン注射 ☐ じよく瘡(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()											
	現在治療中の病名											
	主治医病院名				担当医師名							
主 介 護 者	ふりがな					生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)					
	氏 名					性 別	男 ・ 女		本人との関係			
	住 所	〒				同居有無	☐ 同居している ☐ 別居している					
	電 話	() -				☐ その他()						

No.1

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

入所希望者についての意見書

(事業者名)

印

(住 所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日	令和 年 月 日			
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	介護保険保険者	要介護状態区分等		
	保険者番号	被保険者番号		
	認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		
	家 族 構 成	ふりがな 氏 名	本人との 関係	同居有無
連絡先			家族構成図	
※主たる介護者の名前に○をしてください。				
現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)				
緊急性 ☐ 有 ☐ 無 虐待 ☐ 有 ☐ 無				
入所についての本人・家族の意思				
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特 記 事 項		
麻痺等の有無について				
☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他				
関節の動く範囲の制限の有無について				
☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他				
起き上がりについて				
☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない				
両足での立位保持について				
☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない				

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	移動について	
	☐ 歩行 (☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器)	
	☐ 車椅子 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助)	
	☐ ストレッチャー ☐ その他()	
	移乗について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	立ち上がりについて	
	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
	食事摂取について:入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養	
	※主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他()	
	※副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()	
	入浴について:頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他()	
	☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽() ☐ その他()	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排尿について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排便について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差込便器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
衣服の着脱について		
☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
金銭の管理について		
☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
日常の意思決定について		
☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない		
視力について:眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離であれば見える ☐ ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんどきこえない		
意思の伝達について		
☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない		

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	指示への反応について	
	☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない	
	性格について	
	☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 頑固	
	☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない	
	対人関係について	
	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的	
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)	
	☐ 精神的障害有 ☐ 特になし	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが ☐ できる ☐ できない	
	直前の出来事を思い出すことが ☐ できる ☐ できない	
	自分の名前を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	自分がいる場所を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	不適応行動について	
	被害的になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	幻覚・幻聴が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	感情が不安定になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	暴言、暴行が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
同じ話、不快な音、大きな声をだすことが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		
介護に抵抗することが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		
目的もなく動き回ることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		
異食が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		
現在受けている医療について		
☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置		
☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護		
☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。

特別養護老人ホーム

(指定介護老人福祉施設)

五日市あかり園

入園のしおり



社会福祉法人

広島博愛会

● 理 念 ●

常に利用者の立場に立って考え、そして行動する

健やかに生きがいのある生活を…

当園は、介護の必要な方に明るく家庭的な雰囲気、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。また、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮し、ケアサービスを提供いたします。

入所対象者：要介護認定の審査の結果、常時介護が必要と認定を受けられた方で施設入所を希望される方

施設の概要

開設年月日 平成15年3月17日

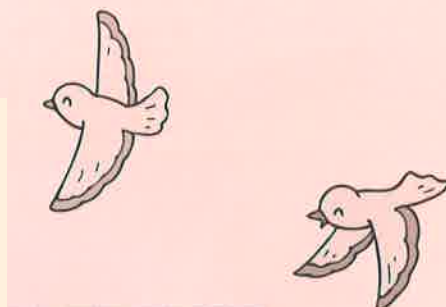
利用定員 特別養護老人ホーム（ユニット型）

40床

特別養護老人ホーム 15床

計 55床

建物構造 鉄筋コンクリート造3階（一部2階） 全室個室



サービスの内容

食 事	栄養バランスと身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。各種行事の際には季節感を取り入れた献立を用意いたします。
生活介助	入浴、食事、排泄、整容などの介助を行います。
生活相談	生活の中に楽しみや生きがいを持ってもらえるよう、生活上の各種相談や助言を行います。
健康管理	入所者の健康状態に留意するとともに、嘱託医師による健診を実施します。
そ の 他	療養音楽、機能訓練、各種行事、クラブ活動などを企画しています。

隣接施設： 五日市あかり園デイサービス、五日市グリーンヒルホーム（ケアハウス）

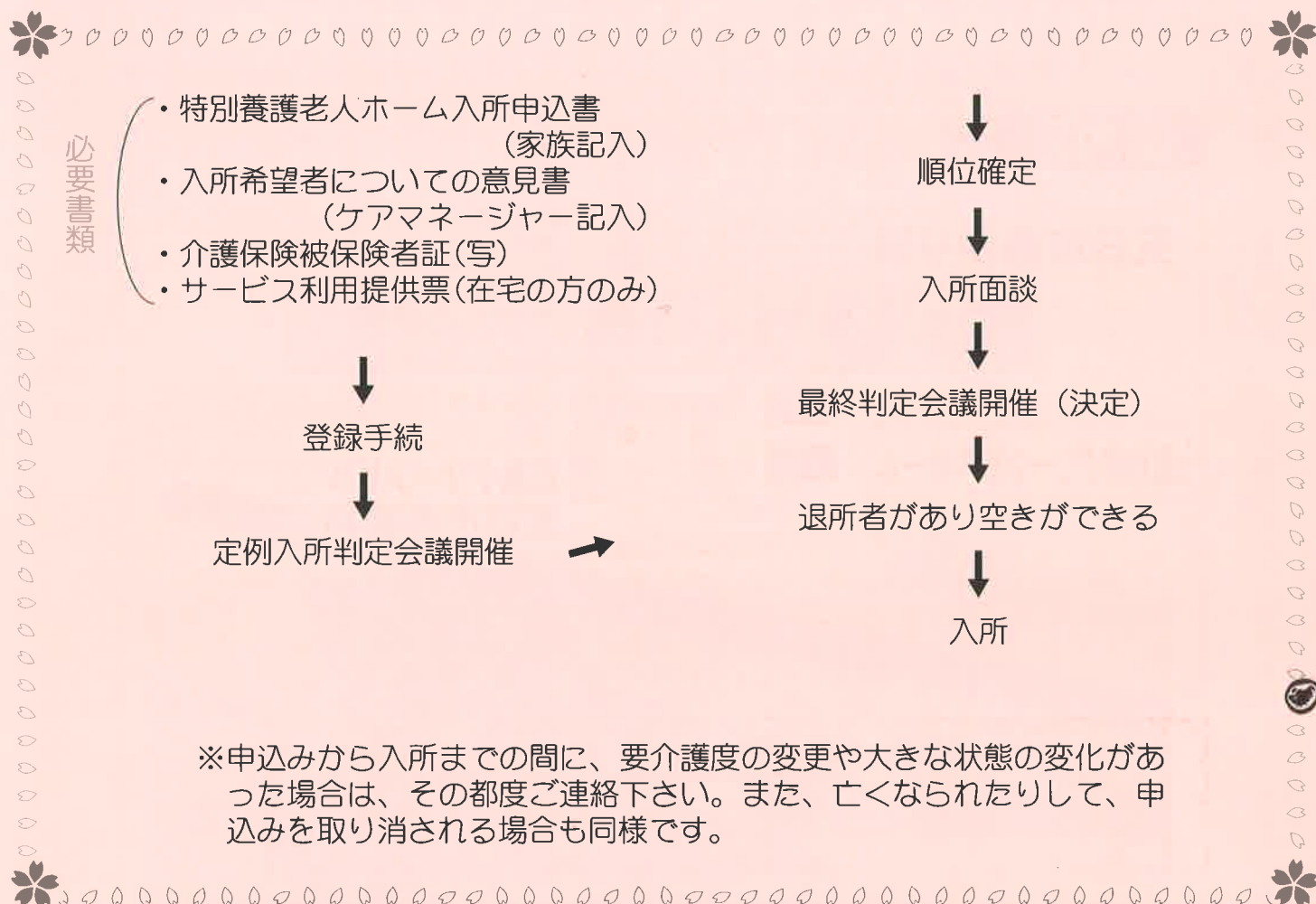
協力病院： 広島グリーンヒル病院

入所申込： ご本人と当施設との契約になりますので、直接施設の窓口、又は郵送にてお申し込み下さい。

利用料： 要介護度に応じて定められた施設サービス費の1割と居住費と食費の合計額

お年寄りにやさしい笑顔と一声を

申込みから入所に到るまでの流れ



ショートステイ（短期入所生活介護）

利用者が一時的に居宅において日常生活を営むのが困難な場合、施設において日常生活上のお世話、機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持・改善ならびに介護者の介護負担等の軽減を図ります。

対 象 者： 要介護認定の審査の結果、介護予防サービス、もしくは居宅サービスが必要と認定を受けられた方。

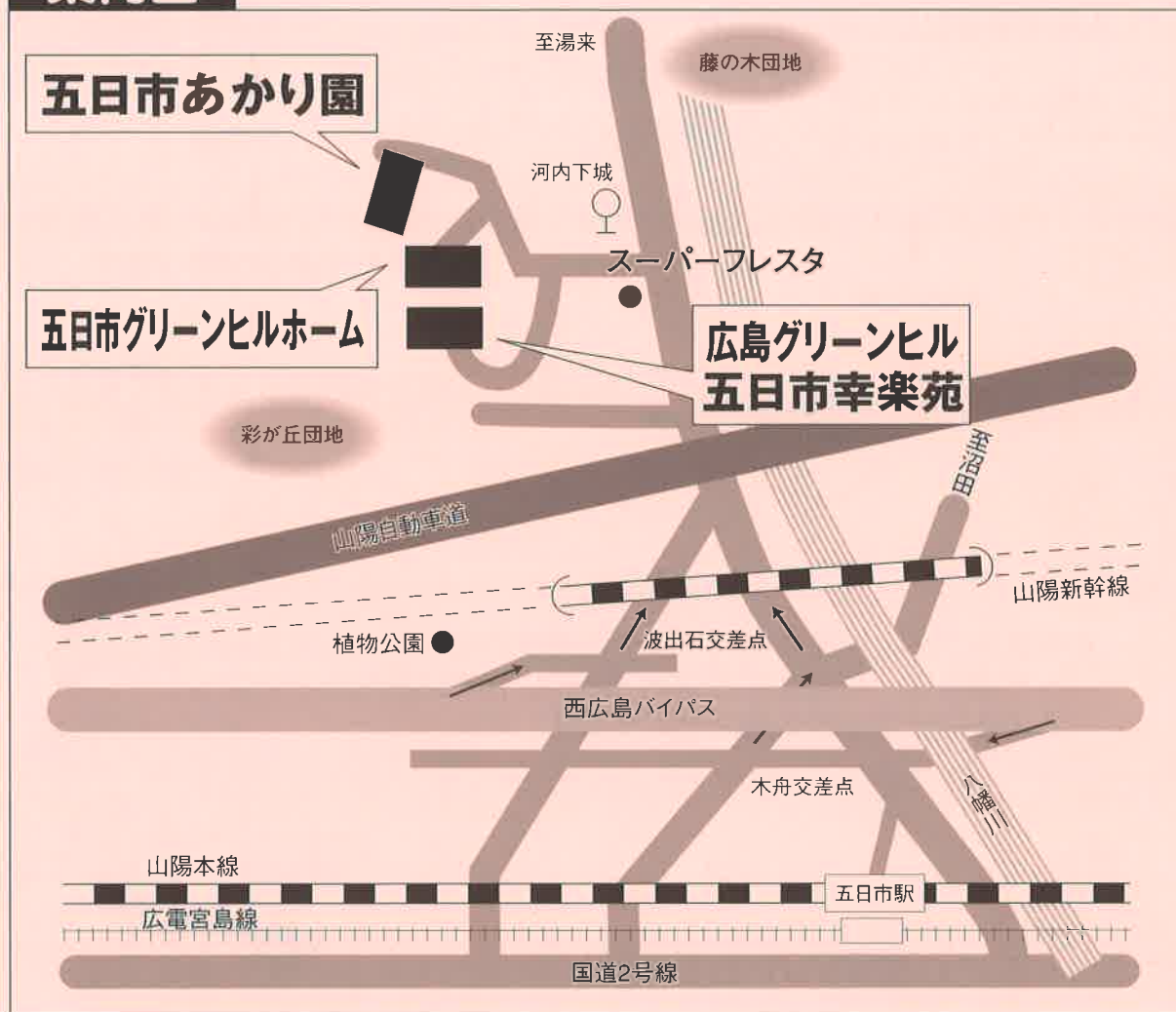
- サービス：
1. 送 迎・・・ご自宅まで送迎いたします
 2. 食 事・・・個々の状態に応じた食事を提供します
 3. 入 浴・・・一般浴、特殊入浴
 4. 健康チェック・・・日々の健康管理を行います
 5. 機能訓練（生活リハビリ）・・・個人にあった生活リハビリを提供します
 6. その他・・・各種行事、レクリエーション

申込時に必要なもの

- ・ 特別養護老人ホーム入所申込書
- ・ 入所希望者についての意見書
- ・ 介護保険被保険者証(写)
- ・ サービス利用提供票(在宅の方のみ)

※ケアマネージャーにご相談下さい。

案内図



- タクシー（五日市駅北口より）15分
- 広電バス、藤の木団地行き 河内下城バス停 下車徒歩10分（五日市駅より25分）

入所申込先およびお問い合わせ先

〒731-5152 広島市佐伯区五日市町下河内591-1

五日市あかり園

TEL 082-926-1101

FAX 082-927-6000