

柏市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所申込書

裏面の同意事項に同意の上、貴施設への入所を申し込みます。

入所希望施設	八幡苑然然（従来型・ユニット型）	申込日	令和 年 月 日
--------	------------------	-----	----------

●「申込者（連絡先）」について、ご記入ください。

氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先	(自宅) - - (携帯) - -		

●「入所希望者」について、ご記入ください（該当する数字を○で囲んでください）。

氏名（漢字）		氏名（カナ）	
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 （年齢 歳）		
住民票所在地	〒	性別	1. 男 2. 女
介護保険被保険者番号		介護保険の被保険者	1. 柏市 2. 柏市以外（ ）
要介護状態区分	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月
現在の居所	1. 自宅 2. 病院 3. 介護老人保健施設 4. 療養病床 5. 養護老人ホーム 6. その他 自宅以外の居所の名称等（ ）		
入所入院の予定期間	令和 年 月から 令和 年 月頃まで		
現在の世帯構成	1. 独居 2. 70歳以上のみ 3. 65歳以上のみ 4. 60歳以上のみ 5. その他		
現在治療中の病気			
過去に治療した病気			
現在必要な医療 ※複数選択可	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. 在宅酸素 4. インシュリン注射 5. 透析 6. 気管切開 7. その他（ ）		
経済状況	1. 年金収入のみ（国民年金・厚生年金・共済年金・その他） → 2. 年金収入とその他の収入がある → 3. 年金収入はなく、その他の収入（仕送り含む）のみ → 4. 生活保護受給中	おおよその月額を記入してください 円	
入所希望時期	1. 今すぐ（1か月以内）に入所したい 2. 6ヵ月以内に入所したい 3. その他（ ）		
他施設の申込状況	1. 当該施設のみ 2. 申込済み：施設名（ ） 3. 申込予定：施設名（ ）		

（裏面に続きます）

柏市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所申込にかかる

状 況 申 立 書

記入日 年 月 日

記入者 _____

<記入される前にお読みください>

- 入所を希望されるかたの心身の状況について、あてはまるものにチェックをしてください。
- 介護サービスを利用されているかたは、契約する居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談し、記入を依頼するか、支援を受けてください。
- 現在介護保険施設等に入所・入居しているかたは、施設のケアマネジャーや相談員に相談し、記入に当たっての支援を受けてください。
- 申込み後にご本人やご家族（介護者）の状況に変動があった場合は、申込みをした施設に必ずご連絡ください。

入所希望者氏名		
介護保険サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他の施設・医療機関（名称： _____ ）	
生活動作の状況 ※認知症の影響も含む	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子（自走・介助） <input type="checkbox"/> 歩行不可 <具体的な状態>
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があるとトイレで排泄できる <input type="checkbox"/> 誘導が必要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <具体的な状態>
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ムース食等 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 嚥下（飲み込み）： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせやすい <具体的な状態>
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <具体的な状態>
	更衣 (着替え)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <具体的な状態>

<裏面に続きます>

<引き続き、ご本人の状況についてご記入ください>

<p style="text-align: center;">身 体 や コミュニケーション の 状 況</p>	<p>○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>J1 <input type="checkbox"/>J2 <input type="checkbox"/>A1 <input type="checkbox"/>A2 <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2 <input type="checkbox"/>C1 <input type="checkbox"/>C2</p>
	<p>○どのような状況か、選択してください</p> <p>視力：<input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>弱視 <input type="checkbox"/>全盲</p> <p>聴力：<input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴</p> <p>発語：<input type="checkbox"/>話すことができる <input type="checkbox"/>聞き取りにくい <input type="checkbox"/>何を言っているかわからない <input type="checkbox"/>全く話すことができない</p> <p>会話：<input type="checkbox"/>会話が成立する <input type="checkbox"/>ありえないことを話す <input type="checkbox"/>大声や奇声を発する</p> <p>マヒ：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（部位：_____）</p> <p>褥瘡（床ずれ）：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（部位：_____）</p>
<p style="text-align: center;">日常生活に対する 認知症等の影響</p>	<p>○認知症高齢者の日常生活自立度</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>I <input type="checkbox"/>IIa <input type="checkbox"/>IIb <input type="checkbox"/>IIIa <input type="checkbox"/>IIIb <input type="checkbox"/>IV <input type="checkbox"/>M</p>
	<p>○どのような状況か、具体的にご記入ください</p> <p>外出：</p>
	<p>家事：</p>
	<p>買い物：</p>
	<p>金銭管理：</p>
	<p>服薬管理：</p>
	<p><認知症からくる症状について、そのほかの困りごと></p> <p>※BPSD（周辺症状）についても、ご記入をお願いします</p>
<p style="text-align: center;">担 当 ケアマネジャー</p> <p>※現在ケアマネジャーと 契約していない方は 記入不要です</p>	<p>事業所名：_____（担当者名：_____）</p> <p>連絡先：_____</p> <p><特別養護老人ホーム等への入所に関する特記事項></p>
	<p>_____</p>
	<p>_____</p>
	<p>_____</p>
	<p>_____</p>