

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

＜入所申込みをされる前にお読みください＞
 ○ この申込書に記入された内容については、入所待機の管理及び入所判定以外の目的には使用しません。
 ○ 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、必ず申込みをした施設にご連絡ください。

申込日 年 月 日
 施設受付日 年 月 日

申込者（連絡先）	氏名	続柄
	住所 〒	連絡先：（自宅） 連絡先：（携帯）

※今後、郵便物などは、この連絡先にお送りします。

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みます。

入所を希望する施設	特別養護老人ホーム かしわ安心館
-----------	------------------

○入所を希望されるかたについてご記入ください。（該当するものを○で囲んでください）

入所希望者	フリガナ _____ 氏名 _____ (男・女)
	生年月日 M T S 年 月 日 (年齢 歳)
	現住所地 _____
	被保険者番号 _____ 柏市発行 柏市以外が発行 ()
要介護状態区分	要介護 3・4・5 有効期間 平成 年 月から
	要介護 1・2 平成 年 月まで

入所を希望する理由	<p>※入所申込みができるのは、原則として要介護3以上のかたです。 （要介護1・2のかたは、入所を必要とするやむを得ない理由がある場合のみ申込みが可能です）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため（ひとり暮らし） <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 住まいの環境の事情により、十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での介護が難しいため <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
	<p>○要介護1・2のかたは、以下の中から該当する□に印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症のため、日常生活に支障があるような症状・行動や意思疎通の困難な状態が頻繁にある。 <input type="checkbox"/> 知的障害や精神障害のため、日常生活に支障がある等の症状・行動や意思疎通の困難な状態が頻繁にある。 <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・安心の確保が難しい。 <input type="checkbox"/> ひとり暮らしや同居の家族が高齢・障害・病気等により家族等による支援が期待できず、地域での介護サービスや生活支援も十分に整っていない。</p>

該当する項目の□に印をつけてください。
 複数該当するときは、すべてに印をつけてください。

＜裏面にも続きます＞

○引き続き、入所を希望されるかたについてご記入ください。(該当するものを○で囲んでください)	
現在の居所	自宅 病院 老人保健施設 特別養護老人ホーム その他 ()
施設・病院等の名称 及び入所・入院期間	病院・施設の名称 () 入院入所の予定期間(平成 年 月から 平成 年 月頃まで)
病歴	【現在治療中の病気】 【過去に治療した病気】
現在必要な 医療の状況	経管栄養 胃ろう 在宅酸素 インシュリン注射 透析 気管切開 その他 ()
経済状況 該当する項目の□に 印をつけてください	<input type="checkbox"/> 年金収入のみ(国民年金・厚生年金・共済年金・その他) おおよその月額を <input type="checkbox"/> 年金収入とその他の収入がある 記入してください <input type="checkbox"/> 年金収入はなく、その他の収入(仕送り含む)のみ <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 円
入所希望時期 該当する項目の□に 印をつけてください	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい(年 月頃までに) <input type="checkbox"/> その他 ()
他施設の申込状況 該当する項目の□に 印をつけてください	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 申込済み:施設名 () <input type="checkbox"/> 申込予定:施設名 ()

ここからは、主に介護をしているかたについてお伺いします。(該当するものを○で囲んでください)	
主介護者の状況 (同居・別居)	氏名 年齢 続柄
	障害及び疾病 無・有 ()
	就労 無・有・介護のため一時的に離職・休職 その他 ()
世帯の構成	60歳以上のみの世帯 70歳以上のみの世帯 その他
主介護者以外の介護者	他の同居介護者 無・有(配偶者・子・子の配偶者・孫・その他< >)
	他の別居介護者 無・有(配偶者・子・子の配偶者・孫・その他< >)
	近隣援助者 無・有
在宅で介護することが難しい理由	

○以下のことについて同意します。

- ・この申込書及び状況申立書の内容を柏市へ提供すること
- ・この申込書及び状況申立書の内容について、担当ケアマネジャーや関係する医療機関に確認すること
- ・柏市が、入所申込者がお亡くなりになった場合及び他の施設への入所を確認したときにその情報を本申込施設に提供すること

○施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

氏名 _____ 印

施設確認欄	説明日 年 月 日	説明者
-------	-----------	-----

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○印をつけてください。
- 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。

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

身体や コミュニケーション の状況	視力： 普通 弱視 全盲 聴力： 普通 やや難聴 難聴 発語： 話すことができる 聞き取りにくい 何を言っているかわからない 全く話すことができない 会話： 会話が成立する ありえないことを話す 大声や奇声を発する マヒ： なし あり（ ） 褥瘡（床ずれ）： なし あり（場所： ）
日常生活に対する 認知症等の影響	○どのような状況か、具体的にご記入ください 外出： 家事： 買い物： 金銭管理： 服薬管理： <認知症からくる症状について、そのほかの困りごと> ※BPSD（周辺症状）についても、ご記入をお願いします
担 当 ケアマネジャー	事業所名： （担当者名： 印） 連絡先： <特別養護老人ホーム等への入所に関する特記事項>