

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	かしわ安心館	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	(携帯)	-	(自宅等) -

●「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. 大正	2. 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	申請中・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（経鼻 胃ろう） 2. 在宅酸素 3. インスリン注射 4. 透析 5. 喀痰吸引 6. 尿道カテーテル留置 7. 褥瘡 8. 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

入所希望者名 \_\_\_\_\_

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>

