

様式第1号

柏市指定介護老人福祉施設入所申込書

申込日 年 月 日

介護保険証番号

市

施設名

申込者及び連絡先 (郵便等送付先)	氏名	続柄	連絡先TEL
	〒 住所		
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		
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	有効期間	年 月 ~ 年 月まで
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( )		
	予定期間	年 月 から	年 月 日まで
身体状況	歩行	自立・杖歩行・介助歩行・車椅子・歩行不可	
	排泄	自立・介助で可・誘導必要・ポータブル使用・オムツ使用	
	食事	自立・誘導必要・見守り必要・全介助	
	入浴	自立・介助必要・清拭のみ・入浴サービス等利用(訪問入浴・施設入浴)	
精神状況	正常・認知症・精神疾患( )・その他( )		
	(症状) 新しい記憶困難・場所等がわからなくなる・昼夜逆転している オムツ外し等の不潔行為がある・何でも食べてしまう・徘徊をする 妄想・幻覚・幻聴・暴力・暴言・その他( )		
その他の身体状況	視力(普通・弱視・全盲)	聴力(普通・やや難聴・難聴)	
	言語(普通・障害有り) 麻痺 無・有(右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 その他)		
病歴			
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		
世帯構成	独り暮らし・65歳以上の高齢者のみ・その他		
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( 4時間未満・4~8時間・8時間以上 )	
	その他( )		
在宅介護者以外の介護者	他の同居介護者(無・有) 他の別居介護者(無・有) 近隣援助者(無・有)		
在宅で介護出来ない理由			
入所希望時期	今すぐ・年 月頃までに・その他( )		
他施設の申込み状況	当該施設のみ・申込済( )( )		
	申込み予定( )( )( )		
備考			

この申込書の内容を柏市へ提供することに同意します  
施設から入所順位決定方法等の説明を受けました

申込者

氏名

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