

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 _____ (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() | | |
| 主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() | | |
| 他施設の申込状況 | 当該施設のみ・申込済()() 申込予定()() () | | |
| 備考 | | | |

この申込書の内容を柏市へ提供すること及び柏市が入居希望者がお亡くなりになられた場合及び他施設への入所を確認したときにその情報を本申込施設へ提供することに同意します。申込者 _____
施設から入所順位決定方法等の説明を受けました。氏名 _____

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

