

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>

