

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 特別養護老人ホームマーガレットヒル

申込者及び連絡先 (郵便等送付先)	氏名 〒 住所	続柄	連絡先 住
入所希望者	フリガナ _____ (男・女)		
	氏名 _____ (年齢 歳)		
	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	
-------	-----------	-----	--