

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>

<引き続き、ご本人の状況についてご記入ください>

身 体 や コミュニケーション の 状 況	○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	○どのような状況か、選択してください 視力： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 聴力： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 発語： <input type="checkbox"/> 話すことができる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 何を言っているかわからない <input type="checkbox"/> 全く話すことができない 会話： <input type="checkbox"/> 会話が成立する <input type="checkbox"/> ありえないことを話す <input type="checkbox"/> 大声や奇声を発する マヒ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____） 褥瘡（床ずれ）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位：_____）
日常生活に対する 認知症等の影響	○認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	○どのような状況か、具体的にご記入ください
	外出：
	家事：
	買い物：
	金銭管理：
	服薬管理：
<認知症からくる症状について、そのほかの困りごと> ※BPSD（周辺症状）についても、ご記入をお願いします	
担 当 ケアマネジャー ※現在ケアマネジャーと 契約していない方は 記入不要です	事業所名：_____（担当者名：_____） 連絡先：_____
	<特別養護老人ホーム等への入所に関する特記事項>

