

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○印をつけてください。
- 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。

介護保険サービス等の 利用状況	訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハビリテーション 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所 福祉用具貸与 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護 介護老人保健施設 グループホーム 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： 自立 杖歩行 介助歩行 車椅子（自走・介助） 歩行不可 <具体的な状態>
	排泄： 自立 介助があるとトイレで排泄できる 誘導が必要 ポータブルトイレ使用 オムツ使用 <具体的な状態>
	食事： 自立 見守りが必要 声かけが必要 全介助 食事の形態： 普通食 ムース食等 治療食 経管栄養 その他 嚥下（飲み込み）： 異常なし むせやすい <具体的な状態>
	入浴： 自立 見守りが必要 一部介助 全介助 清拭のみ <具体的な状態>
	更衣（着替え）： 自立 見守りが必要 一部介助 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	視力： 普通 弱視 全盲 聴力： 普通 やや難聴 難聴 発語： 話すことができる 聞き取りにくい 何を言っているかわからない 全く話すことができない 会話： 会話が成立する ありえないことを話す 大声や奇声を発する マヒ： なし あり（ ） 褥瘡（床ずれ）： なし あり（場所： ）
日常生活に対する 認知症等の影響	○どのような状況か、具体的にご記入ください 外出： <hr/> 家事： <hr/> 買い物： <hr/> 金銭管理： <hr/> 服薬管理： <hr/> <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 <hr/> 日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M 担当のケアマネジャーにご確認ください
担 当 ケアマネジャー	事業所名： （担当者名： 印） 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> <hr/> <hr/> <hr/>