

特定施設入居者生活介護事業所リーベン鎌ヶ谷入居申込書  
介護予防特定施設入居者生活介護事業所リーベン鎌ヶ谷入居申込書

平成 ○○年 △△月 ××日

特定施設入居者生活介護事業所・介護予防特定入居者生活介護事業所 施設長 様

記入例

〒 270-△△□□  
住所 千葉県鎌ヶ谷市□□ ○-△-□  
(フリガナ) カマガヤ ハナコ  
氏名 鎌ヶ谷 花子  
明・大・昭  
生年月日 ○○年 △月 ×○日 (○○歳)  
電話番号 047-△□○-△○□○

特定施設入居者生活介護事業所・介護予防特定入居者生活介護事業所 に入居したいので、  
関係書類を添えて申し込みます。

身元引受人① (連絡先・送付先)	フリガナ	カマガヤ タロウ	続柄	長男
	氏名	鎌ヶ谷 太郎		
	住所	〒○△○-△△ □□ ○○県△△市□□ ○-△-□		
	電話番号	○△□△-○□-○△○○		
身元引受人②	フリガナ	カマガヤ ヨシコ	続柄	長女
	氏名	鎌ヶ谷 良子		
	住所	〒○○○-△△ □□ ○○県△△市□□ ○-△-□		
	電話番号	○△○□-△□-○△□□		

- 備考
- 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方になります。
  - 申込書を提出する際には、『介護保険被保険者証』のコピーを、また在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月分の『サービス利用票』及び『サービス提供別票』のコピー併せて添付して下さい。
  - 身元引受人は、一名でも結構です。

状 況 申 請 書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

入居希望者	氏名: 鎌ヶ谷 花子		年齢: ○○歳	性別: 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> 大・昭 ○○年 △月×○日		
介護被保険者番号	鎌ヶ谷 <input checked="" type="radio"/> 市・区・町・村	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6			
介護認定期間	平成 ○○年 ××月 △△日～平成 ○○年 △△月 ××日				
入居希望時期	1. 直ちに入居したい <input checked="" type="radio"/> 2. ○○年 △月頃に入居したい				
入居についての本人の意思	<input checked="" type="radio"/> 1. 希望している      2. 希望していない      3. 判断できない				
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考
	鎌ヶ谷 太郎	長男	54	会社員	
	春子	長男の嫁	53	パート	
	一郎	孫	16	学生	
	由紀	孫	13	学生	
本人のいる場所	1. 自宅 <input checked="" type="radio"/> 2. 病院(入院中)      3. 他施設(施設の種類 )				
	4. その他( )				
	自宅以外 の場合	名称	○○病院		
		所在地	千葉県○○市○○ △-○-□		
電話		000-000-0000			
既往症名	心不全	治療時期	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 ○○年 ○月 ○日		
	脳梗塞	治療時期	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 ○□年 ○月 △日		
現在の主な病名	糖尿病	発症期間	大 <input checked="" type="radio"/> 昭 ○□年 △月 △日		
		発症期間	大・昭 年 月 日		
糖尿の方にお聞きます	飲み薬	無・ <input checked="" type="radio"/> 有			
	インスリン注射	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1回/日)			
かかりつけの医療機関 主治医師名等	医療機関名	○○病院			
	電話番号	000-000-0000			
	医療機関住所	千葉県○○市○○ △-○-□			
	主治医氏名	千葉 裕次郎			
在宅サービスについて	<input checked="" type="radio"/> 1. 利用している      2. 利用していない		種類	訪問介護	
居宅介護支援事業者名	○○訪問介護				
担当者氏名	千葉 次郎	電話番号	000-000-0000		

氏名:

鎌ヶ谷 花子

※ 空欄に記載、該当箇所には○印

身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 ○2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	○1. 正常 2. 大きい声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	○1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない		
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 ○3. シルバーカーで可能 4. 半介助 5. 全介助		
		( 車椅子の使用: 無・○有 自走: ○可・不可 移乗: ○可・不可 )		
	食事	○1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
		内容: 1. 普通食 ○2. 粥 3. 一口大 ○4. きざみ食 5. 流動食 6. ゼリー食 ○7. 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ロウ 8. その他( )		
	排泄	日中	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □全介助	
		夜間	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易式トイレ使用 □声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) □全介助	
	更衣	1. 可能 ○2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
	入浴	1. 可能 ○2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助		
身体障害等	○無・有(障害名 ) 種 級			
床ずれ	無・○有(部位: 仙骨部 )、大きさ:( 5 cm× 5 cm)			
精神及び行動の状況	認知の状況	正常・I・○II・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M (担当ケアマネージャーに確認をして下さい。)		
	下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・ 行動障害がない場合は『1』を記入 ・ 1ヶ月に1回以上ある場合は『2』を記入 ・ 1週間に1回以上ある場合は『3』を記入			
	被害的	1	落ち着きなし	2
	作話	2	外に出て戻れない	1
	幻視・幻聴	2	収集癖	1
	感情が不安定	3	一人で出たがる	1
	昼夜逆転	1	火の不始末	1
	常時の徘徊	1	物や衣服を壊す	1
	暴言・暴力	3	不潔行為	1
	同じ話をする	3	異食行動	1
	大声を出す	3	性的迷惑行為	1
	介護に抵抗	3	ひどい物忘れ	3
認知症状で困っている点を具体的に記入してください。 食べた事も忘れて何度も食事を欲しがります。その時、食べた事を伝えると興奮し感情が不安定になるのか、大声や暴言ときには暴力をふるうことがあります。家族全員困っている状態である。				