

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

令和 ○ 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

〒 273-0000
住 所 千葉県鎌ヶ谷市○○ ○丁目○番○号

(フリガナ) カマタニ ハナコ
氏 名 鎌 谷 花 子

明・大・昭
生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○○ 歳)

電話番号 047-0000-0000

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	カマタニ タロウ	続 柄	長男
	氏名	鎌 谷 太 郎		
	住所	〒0000-0000 ○○県○○市○○ ○丁目○番○号		
	電話番号	090-0000-0000		
身元引受人②	フリガナ	マルヤマ ヨシコ	続 柄	長女
	氏名	丸 山 良 子		
	住所	〒0000-0000 ○○県○○市○○ ○丁目○番○号		
	電話番号	090-0000-0000		

- 備 考
- ・ 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にします。
 - ・ 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：鎌谷 花子		年齢： 〇〇 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・大 <input checked="" type="radio"/> 昭 〇年 〇月 〇日		
介護被保険者番号	鎌ヶ谷 <input checked="" type="radio"/> 市・ <input type="radio"/> 区・ <input type="radio"/> 町・ <input type="radio"/> 村	0 0 0	0 1 2 3 4 5 6		
介護認定期間	令和 〇年 〇月 〇日～令和 〇年 〇月 〇日				
入居希望時期	<input checked="" type="radio"/> 1. 直ちに入居したい 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
	鎌谷 太郎	長男	〇〇	会社員	
	鎌谷 春子	長男の妻	〇〇	パート	
	鎌谷 一郎	孫	〇〇	学生	
	丸山 良子	長女	〇〇	主婦	
	丸山 三郎	長女の夫	〇〇	教員	
本人のいる場所	<input checked="" type="radio"/> 1. 自宅 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	所在地	電話	
既往症名	高血圧症	治療時期	大・昭 <input checked="" type="radio"/> 平・令 〇〇年 〇月 〇日		
	右大腿骨頸部骨折	治療時期	大・昭・平 <input checked="" type="radio"/> 令 〇年 〇月 〇日		
現在の主な病名	糖尿病	発症期間	大・昭 <input checked="" type="radio"/> 平・令 〇〇年 〇月 〇日		
		発症期間	大・昭・平・令 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	<input checked="" type="radio"/> 無・有 (回/日)			
かかりつけの医療機関 主治医師名等	医療機関名	〇〇〇病院			
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	医療機関住所	千葉県〇〇市〇〇 〇-〇-〇			
	主治医氏名	〇 〇 〇 〇			
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	ケアプラン〇〇				
担当者氏名	〇 〇 〇 〇	電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇		

氏名： 鎌谷 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)			
		1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助			
	食事	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 □簡易式トイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 (パンツ) オムツ □全介助		
		夜間	□自立 □簡易式トイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> 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:)、大きさ:(cm× cm)				
精神及び行動の状況	認知の状況	正常・I・IIa・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	3	落ち着きなし	1	
	作話	2	外に出て戻れない	1	
	幻視・幻聴	1	収集癖	1	
	感情が不安定	2	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	1	不潔行為	1	
	同じ話をする	3	異食行動	1	
	大声を出す	2	性的迷惑行為	1	
	介護に抵抗	2	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。 お風呂に入らない。声を掛けても「昨日入ったから大丈夫」と話す。 薬を飲み間違えたり、飲み忘れることが多くなった。糖尿病が悪化してしまわないか心配している。 最近では間違いを指摘すると、怒って大声を出すようになっている。					