

ナーシングホーム ルビス 入所申込書

No1

< 申込者 >

申込日

年

月

日

フリガナ		続柄	電話番号	自宅
氏名				()
住所	〒			携帯
				()

< 本人の状況 >

フリガナ		性別	M・T・S	
氏名		男・女	生年月日 年 月 日 () 歳	
住所	〒	現状	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 独居ではない) <input type="checkbox"/> 入所・入院 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
介護保険	介護保険者	() 区 ・ 市 ・ 町 ・ 村		
	要介護度	要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	申請中	申請日：令和 年 月 日頃		
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 公費		
担当者	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー		
医療の状況	主な疾病			
	感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () 備考 ()		
	かかりつけ医	医療機関名： 主治医：		
	医療行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※医療行為がある場合には、下記項目の記入もお願い致します。		
	医療行為 詳細	点滴の管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		人工肛門	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	褥瘡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		尿カテーテル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経管栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
気管切開		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう	
人工呼吸器		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喀痰吸引 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
酸素療法		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	インスリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考欄 (上記の詳細)	<small>例) 褥瘡部位、経管栄養1日〇回〇kcal、吸引やインスリンの回数、上記以外についてなど</small>			

※以下の疾病などに該当するものがあれば記入をお願い致します。

【 厚生労働大臣が定める疾病の方 】

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 末期の悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 進行性筋ジストロフィー症 | <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症 |
| <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 | <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 | <input type="checkbox"/> 球脊髄性筋萎縮症 |
| <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 | <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 | <input type="checkbox"/> 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| <input type="checkbox"/> スモン | <input type="checkbox"/> プリオン病 | <input type="checkbox"/> 後天性免疫不全症候群 |
| <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 | <input type="checkbox"/> 亜急性硬化症全脳炎 | <input type="checkbox"/> 頸髄損傷 |
| <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 | <input type="checkbox"/> ライソゾーム病 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器をしようしている状態 |
| <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 | <input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィー | |

フリガナ		性別
本人氏名		男・女

< 希望・経済状況 >

本人・家族の希望			
性格・趣味・嗜好			
収入 (年金・恩給)	年金の種類	国民・厚生・共済・遺族・その他	その他の収入
	金額	円/月	万円

< 連帯保証人・身元引受人 > ※予定者をご記入ください。

フリガナ		続柄	電話番号	自宅
氏名				()
住所	〒			携帯
				()

< 現状調査 >

身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位：右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)			
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位：右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> どうにか話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 不可			
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 眼鏡で可 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可			
食事	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト食			
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 不可			
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 詳細 ()			
	禁止食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 詳細 ()			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 詳細 ()			
清潔	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄(日中)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
	排泄(夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
認知症状	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合は下記項目の記入もお願い致します。			
	詳細	介護抵抗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妄想	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		暴言	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	徘徊	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		暴力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	異食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		不潔行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他	()
入居希望理由	例) 介護者がいないため等				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 具体的な希望あり ()				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込				
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	施設名： 施設名：	申込日：令和 申込日：令和	年 年 月頃 月頃	

※添付書類を一緒にご提出ください。 介護保険者証の写し

※申込書の内容に変更が生じた場合には、ご連絡をお願い致します。

※判定会議後、申込書の記載事項に虚偽や変更があった場合、入居判定不可となることもございますので予めご了承ください。