

# 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	( )
連絡希望先	携帯 ・ 自宅 ・ どちらでも可			連絡希望時間

< 本人の状況 >

フリガナ		性別	生年月日	M・T・S	
氏名		男・女		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 ( ) <input type="checkbox"/> 入院 ( 下記もご記入ください ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院中の場合	病院	科		階	担当ソーシャルワーカー
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			
	認定期間	申請中 申請日：令和 年 月 日頃			
	介護保険負担割合	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	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			
	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)	例) 褥瘡部位、経管栄養1日○回○kcal、吸引やインスリンの回数、上記以外についてなど				

※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"/> 亜急性硬化性全脳炎    | <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"/> 人工呼吸器を使用している状態 |
| <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  |   |

## ＜ 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。申込者と同一でも構いません。

ご入居者様に万が一のことがあったときに身柄を引き取ったり、支払いを滞納したときに代わりに支払う役割を担っていただく方となります。

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

## ＜ 現状調査 ＞ ※分かる範囲での記入で構いません。

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	認知症の診断	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			
	認知症状	<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 年 月 日 申込日：令和 年 月 日		

※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または新たな介護度が確定した場合には、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。