

(様式第1号)

No.

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日	印
-----	---	---	---	-----	---	---	---	---

介護老人福祉施設 プリマベアラ 入居申込書

介護老人福祉施設プリマベアラ施設長 殿

申込者氏名

本人から見た  
続柄

( )

介護老人福祉施設プリマベアラに入居したい  
ので、関係書類を添付して申し込みます。

住 所

TEL ( ) -

携帯番号 ( ) -

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳 )
現住所	郵便番号	-	電話番号 ( ) -
介護保険者番号		保険者名	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 更新中・変更中・その他 ( )		
	認定期間	年 月 日 ~	年 月 日 認定日 年 月 日
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		入居を希望する理由 (該当する項目をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である。		
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。		
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称		
	事業所の連絡先		
	担 当 者		
健康保険	種類		
年金の種類等	種類		
居宅サービス(介護予防を含む)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他( )		
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)		
(前月の介護保険利用実績 単位)		(直近3カ月の平均 単位)①	
(支給基準限度額 単位)②		$\frac{①}{②} \times 100 =$ (在宅サービス利用率 %)	
利用時間	<input type="checkbox"/> 午前8:00～午後6:00(日中)		<input type="checkbox"/> 午後6:00～午後10:00(夜間)
	<input type="checkbox"/> 午後10:00～午前6:00(深夜)		<input type="checkbox"/> : ~ :
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 ) 年 月 日 ~		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 痰吸引( 回位/day) <input type="checkbox"/> その他( )		
	[喫煙・飲酒の有無] 喫煙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 飲酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [現在治療中の病名] ( )		



(様式第2号)

介護支援専門員等 情報提供書

2019年4月改定

フリガナ		事業所名称	電話 番号	記入日:令和 年 月 日
利用者 氏名		担当支援 事業者 又は 病院等	( ) 一	
			担当者名	印

※,★マーク箇所に関しては、添付書類に換えて頂いても結構です。(添付書類有の場合は記載不要です。)

★ 介護保険証、負担割合証写し添付  有 ・  無 (下記に記載下さい)

性別	男 ・ 女	生年 月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	歳	保険者	市 ・ 町 ・ 村
介護 認定	認定 ・ 新規 ・ 更新 ・ 変更中( 付 )	要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定日	平成 ・ 令和	年 月 日		
介護保険証番号		有効 期間	平成 ・ 令和	～	平成 ・ 令和	負担割合:	割

★ 主治医意見書写しの添付  有 (主治医以外の掛かりつけ医がいる場合のみ下記へ記載下さい) ・  無 (下記に記載下さい)

通院 歴	病院名	医師 氏名	先生	科	<input type="checkbox"/>	主治 医 に レ 点
		医師 氏名	先生	科	<input type="checkbox"/>	
		医師 氏名	先生	科	<input type="checkbox"/>	
病 歴	主治 医 以 外 に 定 期 に 受 診 を し て い る 場 合 に 記 載 下 さ い。	↑	年	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続	
			年	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続	
			年	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続	
			年	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続	
			年	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続	
寝たきり度ランク	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	認知症ランク	無 ・ 有 ( I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M )			
麻痺	上肢 ( 右 ・ 左 ) 下肢 ( 右 ・ 左 ) 無	拘縮	上肢 ( 右 ・ 左 ) 下肢 ( 右 ・ 左 ) 無	空間無視	右 ・ 左 ・ 無	

★ 服薬指導書orお薬手帳写し添付  有 ・  無 (下記に記載下さい)

内服 内容	
----------	--

★ 直近3か月分(入院中の場合は入院前直近)の利用票、別表の写し添付  有 ・  無 (下記に記載下さい)

在 宅 サ ー ビ ス の 利 用 票	<input type="checkbox"/> デイサービス ( ) 週・月 回	<input type="checkbox"/> デイケア ( ) 週・月 回
	<input type="checkbox"/> ショートステイ ( ) ~	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( ) 週・月 回	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) 週・月 回
	<input type="checkbox"/> サービス利用無し <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他、特記事項等 ( )	

特 記 事 項	※ケアマネジャーからの視点で在宅生活が困難な理由や、家族状況、金銭問題、虐待事例等、情報共有を必要とする内容を自由にお書き下さい。

ADLについて(該当するものに○をして下さい)

食事	提供種類	主食 ( ご飯・軟飯・粥・ペースト ) 副食 ( 常菜・軟菜・キザミ・ペースト ) 経管栄養 ( ) その他 ( )				
	療養食	塩分	g制限	糖尿病 ( kcal)	腎臓病 ( kcal,タンパク g) その他 ( )	
	使用用具	エプロン・すべり止めマット・吸飲み・スプーン・フォーク・箸・その他( )				
	摂取	自立	見守り	一部介助	全介助   嚥下困難   無・有・トロミ使用	
	ワーマリン有無	無・有	アレルギーの有無	無・有 (内容: )		
	義歯	無・有 (上【総・部分】下【総・部分】) 使用・使用せず		口腔保清	自立・見守り・一部介助・全介助	
	特記事項					
排泄	支援	自立 ( 昼 / 夜 )・見守り ( 昼 / 夜 )・一部介助 ( 昼 / 夜 )・全介助 ( 昼 / 夜 )・カテーテル・パウチ				
	尿意・便意	尿意 ( 有・時々有・不明・無 )		便意 ( 有・時々有・不明・無 )		
	日中	トイレ・PTイレ・尿器・紙パンツ・布パンツ・パット・紙オムツ・カテーテル・パウチ			失禁	有・無
	夜間	トイレ・PTイレ・尿器・紙パンツ・布パンツ・パット・紙オムツ・カテーテル・パウチ			失禁	有・無
	便処置	有 ( ) 無	下剤	有 ( ) 無		
	特記事項					
入浴	洗顔	自立・見守り・一部介助・全介助 タオルで ( 可能・不可能 )				
	入浴	一般浴 ( 自立・見守り・一部介助・全介助 ) リフト浴・特殊浴・シャワー浴・清拭対応				
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助	洗髪	自立・見守り・一部介助・全介助		
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	入浴後処置	無・有 ( )		
	特記事項					
移動・移乗・転倒	座位	可・支えがあれば可・不可 クッション、枕等 ( 要・不要 )				
	立位	可・掴まり立ちで可 ( 秒位 )・不可 介助 ( 要・不要 )				
	歩行	不可・自立・見守り・付き添いで可 ふらつき ( 有・無 )				
	補助具使用	無・杖/歩行器( ) その他 ( )				
	車椅子移乗	無・自立・見守り・一部介助・全介助	車椅子移動	無・自立・見守り・一部介助・全介助		
	移動用具	車椅子 ( 普通・スイング式・リクライニング式 )・ストレッチャー・シルバーカー・その他( )				
	装具	無・有 ( 部位 ) 装着 ( 自立・一部介助・全介助 )				
	転倒・転落	無・有 ( ) 回数 回 / ( )				
特記事項						
更衣	パジャマ	いつも更衣している・していない ( )				
精神状況	意思表示	できる	時々できる	できない	指示の理解   通じる   時々通じる   通じない	
	睡眠	良眠・不眠 ( 毎日・時々・[ ] 日おき位 睡眠に関する服薬 ( 有・無 )				
	特記事項					
感覚器	視覚	見える・目の前のものなら見える・見えない		言語	問題なし・発語が少ない・言語障害有り	
	聴覚	聞こえる・大きな声なら聞こえる・聞こえない		補聴器 無・有 ( 左・右 )		
	特記事項					
問題行動 (BPSD関連行為)	無・有 ( 注意は必要ない・時々注意が必要・常に注意が必要 )					
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> アルコールの問題 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的に ( )					
身体拘束	無・有 ( 拘束種類 )					
ADLに関するその他特記事項						