

高齢者総合ケアセンター きららラポール尾道 ・ きららラポール西御所 ・ きららラポール桜並木 入居申込書

*NO: 申込日 令和 年 月 日

申込者	住所	〒 都道府県 市区郡			
	フリガナ				
	氏名	Ⓜ		本人との続柄	
	電話番号	() -	携帯電話	-	-

ご希望の施設の口内に☑(チェック)をお願いします。

<input type="checkbox"/> きららラポール尾道	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム (居室:Aタイプ / Bタイプ) ※ご希望の居室タイプに○印をお願いします。	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
<input type="checkbox"/> きららラポール西御所	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム (居室:通常タイプ / Bタイプ / 特別室) ※ご希望の居室タイプに○印をお願いします。	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/> きららラポール桜並木	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	

入居希望者の状況	保険者名		被保険者番号					
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	フリガナ		性別	男・女				
	氏名		出生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (西暦 年) [歳]				
	住所	〒 都道府県 市区郡 電話番号() -						
	現在利用している施設・サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している。 <input type="checkbox"/> その他 () 施設等に入所(入居・入院)している場合 <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td>施設名又は病院名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(所在地)</td> <td></td> </tr> </table>			施設名又は病院名		(所在地)	
	施設名又は病院名							
	(所在地)							
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 住居の構造が適していないために介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 一人暮らしで在宅生活に不安 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・病院等から退所・退院を求められているが在宅での介護が困難							
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 将来的な希望							
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込み中							

施設記入欄

保証人①(身元引受人)

フリガナ		続柄		性別	
氏名	Ⓜ			男・女	
生年月日	昭和・平成 (西暦 年)	月	日	年齢	[歳]
住所	〒 都道府県 市区郡				
電話番号	() -	携帯電話	-	-	
フリガナ		所属			
勤務先					
勤務先住所	〒 都道府県 市区郡	電話番号()	-	内線()	

保証人②(身元引受人)

フリガナ		続柄		性別	
氏名	Ⓜ			男・女	
生年月日	昭和・平成 (西暦 年)	月	日	年齢	[歳]
住所	〒 都道府県 市区郡				
電話番号	() -	携帯電話	-	-	
フリガナ		所属			
勤務先					
勤務先住所	〒 都道府県 市区郡	電話番号()	-	内線()	

担当ケアマネージャー等	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 医療SW <input type="checkbox"/> 支援相談員 <input type="checkbox"/> その他()		
事業所名			
担当者名		電話番号	

情報提供者に関する入居希望者の同意確認欄	私は、入居申込施設が市町村・居宅介護支援事業所・主治医等から私の介護認定・その他入居に関わる必要な情報の提供を受けることに同意します。		
	令和 年 月 日		
	入居者氏名		Ⓜ
	代筆者氏名		Ⓜ

<必要書類チェック欄>
 介護保険証(写) 介護保険負担割合証(写) 後期高齢者医療被保険者証(写)
 身元保証書 収入申告書 健康診断書 介護支援専門員からの意見書 入居申込書(当用紙)

入居希望者に関する介護支援専門員等の意見書

記入年月日 令和 年 月 日

●入居希望者の状況について

ふりがな	生年月日		明治・大正・昭和		年	月	日	(歳)	
氏名	性別	男・女	電話						
住所	〒								
介護保険保険者	被保険者番号								
保険者番号	要介護状態区分		要支援 1・2						
認定有効期限	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
身長	cm	体重	kg	※身長・体重は献立作成の際に活用します					
家族構成	氏名	本人との関係	同居の有無	連絡先	家族構成図				
	※ 主たる介護者の名前に○をしてください								
	○ 現在の生活状況で特記すべきこと(住宅環境、医療・精神的状況などの介護困難な状況の要因を記入ください)								
	緊急性・・・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待・・・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	○ 入居についての本人・家族の意思								
○ 状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)				特記事項					
麻痺等の有無について									
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他									
関節の動く範囲の制限の有無について									
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他									
寝返りについて									
<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
起き上がりについて									
<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
両足での立位保持について									
<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない									
移動について									
<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器)									
<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)									
<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()									
移乗について									
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
立ち上がりについて									
<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
食事摂取について： 入れ歯の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう									
※主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()									
※副食物 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()									
入浴について： 頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日に1回 <input type="checkbox"/> その他()									
<input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽() <input type="checkbox"/> その他()									
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
排尿について									
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ									
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
排便について									
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ									
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									

○ 状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)				特記事項		
衣服の着脱について						
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
金銭の管理について						
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
日常の意思決定について						
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない						
視力について： 眼鏡の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 近距離であれば見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない						
聴力について： 補聴器の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない						
意思の伝達について						
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない						
指示への反応について						
<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない						
性格について						
<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 内向的						
<input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない						
対人関係について						
<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的						
精神状態等について(特記欄に状態を必ずご記入下さい)						
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神的障害有						
<input type="checkbox"/> 認知症： 記憶【 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度】						
： 失見当【 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度】						
記憶・理解について						
毎日の日課を理解することが…………… <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
直前の出来事を思い出すことが…………… <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
自分の名前を答えることが…………… <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
自分がいる場所を答えることが…………… <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
不適応行動について						
被害的になることが…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
幻覚・幻聴が…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
感情が不安定になることが…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
夜間不眠、昼夜の逆転が…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
暴言、暴行が…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
同じ話、不快な音、大きな声をだすことが…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
介護に抵抗することが…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
目的もなく動き回ることが…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
異食が…………… <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある						
現在受けている医療について						
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマーの処理						
<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処理 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護						
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処理 <input type="checkbox"/> カテーテル						
障害老人の日常生活自立度				自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症老人の日常生活自立度				自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
病	病名	発症年月日	病院名	入院の有無(期間)	手術の有無	現在の治療の有無
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
歴				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

病院名	診療科	担当医師名	病名

通院中の病院

●その他

氏名	電話番号	携帯電話番号	住所	続柄
			〒	
			〒	
			〒	
			〒	
			〒	
			〒	

被爆者手帳 無 有 (No.)

障害者手帳 無 有 (種 級 / 障害名:)

重度障害医療受給者証 無 有 (No.)

生活保護 無 有

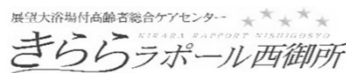
利用料減額措置 無 有

備考

●記載者氏名等

事業者名	
住所	〒
電話番号	
記入者氏名	

整理番号



～ 全ての仕事に まごころを ～

天然温泉付高齢者総合ケアセンター



〒722-0047
 広島県尾道市十四日町59番地8
 TEL:0848-24-2641
 FAX:0848-21-2577

- ★デイサービスセンター きららラポール尾道
- ★グループホーム きららラポール尾道
- ★介護付有料老人ホーム きららラポール尾道
- ★ショートステイ きららラポール尾道

展望大浴場付高齢者総合ケアセンター



〒722-0037
 広島県尾道市西御所町13番30
 TEL:0848-21-4126
 FAX:0848-21-3010

- ★介護付有料老人ホーム きららラポール西御所
- ★サービス付き高齢者向け住宅



〒722-0017
 広島県尾道市門田町1番39
 ★サービス付き高齢者向け住宅 TEL:0848-38-2626
 FAX:0848-21-3023
 ★桜並木デイサービスセンター TEL:0848-38-2624
 ★居宅介護支援事業所きらら TEL:0848-21-1256
 ★きららライフサポートセンター TEL:0848-21-3015

地域優良賃貸住宅（高齢者型）



〒722-0037
 広島県尾道市西御所町13番26号
 TEL:0848-20-0380
 FAX:0848-20-0382



〒722-0037
 広島県尾道市西御所町13番26号
 <問い合わせ先>
 TEL:0848-23-7134



〒722-0014
 広島県尾道市新浜一丁目9番22号
 TEL:0848-38-1177
 FAX:0848-21-1267

医・食・住・湯・癒・安・健の心豊かな7つ星の暮らしがここにありません。