



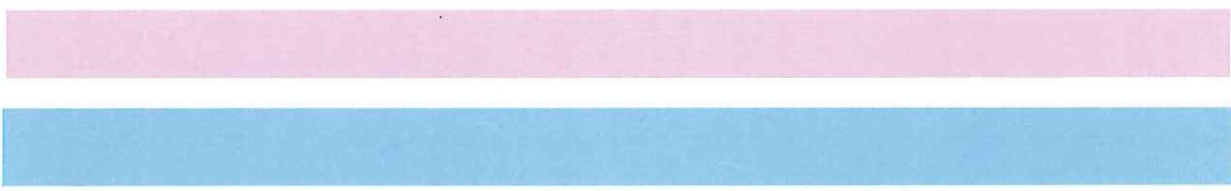
サービス付き高齢者向け住宅レインボーの家 上平間の
お問い合わせいただいた方へ

このたびは、サービス付き高齢者向け住宅レインボーの家 上平間
の入居申込みのお問い合わせいただきありがとうございます。

入居の申込みの際は、同封の案内を参照の上お申し込みください。
なおご不明な点などございましたら、下記の連絡先までご連絡くだ
さい。

サービス付き高齢者向け住宅レインボーの家 上平間
川崎市中原区上平間 1264 番 1 号 メディホープなかはらビル 2 階 管理室
担当：生活相談員 迄

電話 070-1451-8499 FAX 044-201-6538



同封書類の一覧表

・募集要項	1部
・入居面談のご案内	1枚
・入居面談日時予約用紙(質問・相談表)	1枚
・入居申込書	1枚
・健康状況記入表	1枚
・介護保険及び各種サービス利用状況表	1枚
・健康状況記入表、介護保険及び各種サービス 利用状況表記入見本	1枚

ご不明な点がございましたら、お気軽に電話にてお尋ねください。
ご質問、ご相談がありましたら、お尋ねいただくか、入居面談日時
予約表の「ご質問、ご相談」欄にご記入ください。
詳細につきましては、入居面談の時に、あらためてご回答ご説明い
たします。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室

担当：生活相談員迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538



レインボーの家 上平間入居者募集要項

サービス付き高齢者向け住宅 **上平間**

サービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家 上平間」施設概要

施設外観

全館禁煙

入居者募集中!!



サービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家 上平間」は、住み慣れた地域で「最後まで安心して暮らしたい」高齢者の切実な願いに答えるために、一般社団法人メディホープかながわと川崎医療生協、特定非営利活動法人NPO レインボーの3者の連携によって、川崎中部地域に建設となりました。

1階部分には、川崎医療生協が運営する、新設の看護小規模多機能居宅介護をはじめ、訪問看護、デイサービス、居宅介護支援(ケアマネ)の4つの介護事業所が併設され、さらに地域交流スペースがあり地域に開かれた複合施設となります。

また、近接には協力医療機関として川崎医療生協の川崎セツルメント診療所やメディホープのそよかぜ薬局が医療をサポートします。

より安心と安全が提供され24時間365日住み慣れた地域で、その人らしく暮らせるサービスが提供できる「すまい」として、さらに住民の立場で無差別・平等の「地域包括ケア」を推進し医療と介護・福祉を実現する地域のネットワークの拠点のとして役割を担ってゆきます。

施設概要

- ◆ 住宅名 レインボーの家 上平間
- ◆ 住宅の種類 サービス付き高齢者向け住宅
- ◆ 所在地 川崎市中原区上平間 1264 番 1 号
- ◆ 戸数 総戸数 20 戸 内 16 戸(20.16㎡)、2 戸(20.22㎡)
2 戸(20.04㎡)
- ◆ 居室設備 全室バリアフリー 水洗トイレ(簡易シャワー付)、洗面台、
収納設備、エアコン完備、ミニキッチン(IH)、手すり、洗
濯機用防水パン、夜間緊急通報システム
- ◆ 共有施設設備 多目的スペース、談話コーナー、トイレ、共同浴室 等々
- ◆ 構造 3 階建て 鉄筋コンクリート造耐火建物 2 階、3 階部分
- ◆ 認定事業者 (貸主) 藤沢市藤沢 854-11
一般社団法人 メディホープかながわ
登録番号 川 26(2)005
国土交通省平成 26 年度高齢者等居住安定化推進事業
- ◆ 管理運営団体 川崎市川崎区大師町 6 番 7 号
特定非営利活動法人 NPO レインボー

お申込みについて

- ◆ 入居者の選定方法 お申込みのあった方から書類の資格審査と入居面談
上、入居判定会議によって選考を行います。
- ◆ 入居に必要な書類 入居申込み書、住民票、所得証明書、介護保険被保
険者証、障害者手帳(お持ちの方のみ)、医療情報提供書及び健康記録、
医療保険証など
- ◆ 入所申込み期間 2015 年 4 月 1 日より随時募集開始 **入居者募集中!!**
(申込者多数の場合受付を終了する場合があります)
- ◆ 入居資格について
自ら居住するために住宅を必要とする高齢者で、次の各号に該当する方
で、賃貸費用の負担が出来る方対象です。(契約時には保証人が必要です)
(1) 単身高齢者世帯
(2) 60 歳以上の方、要介護又は要支援認定を受けている 60 歳未満
の方 (要支援 1・2、要介護 1~2 程度)
* 上記に該当する場合であっても医療又は介護の状況により入居でき
ない場合があります。
* 保証人(連帯保証人)を定めるのが困難な方は、事前にご相談ください。
* 生保の方は、別途ご相談ください。
- ◆ お申込みの流れ お申込み(書類提出)のうえ、随時資格審査・入所判定会
議を行います。(受け付け順ではありません) 入居見込みの判定後、契約説
明のご連絡を致します。

家賃その他の費用について

家賃：53,700 円

敷金：家賃の3か月分 161,100 円(入居一時金などはありません)

共益費：22,000 円 (住戸電気代別 個別メーターにて個人負担)

生活支援サービス費：20,000 円 (課税項目につき、別途消費税 2,000 円)

※敷金については、退去される場合は、修繕費等を差し引かせていただいたうえで返還いたします。

※共益費には、共用施設(多目的スペース、談話コーナー、トイレ、共同浴室)と共用部分の維持管理費、各住戸でご利用の水道光熱費(水道代のみ)となります。

※生活支援サービス費とは、安否確認、見守り、緊急時の対応(時間外・夜間の警備会社の緊急通報)と相談援助等のサービスと、その費用となります。

※月途中の入居退去の場合は、家賃、共益費、生活支援サービス費は、歴日数で日割り計算した額となります)

※ 食事のサービスはありませんので、各自調理又は在宅介護サービスを他宅配・配食サービスの利用となり家賃等の他別途費用がかかります。*1

※ 介護サービスもありませんので、介護保険による在宅介護サービス利用は、各自ケアマネ事業所と契約の上、外部のサービスの導入と利用負担が別途がかかります。*2

※ 医療サービスは、各自の主治医又は協力医療機関の川崎セツルメント診療所をお願いすることになります。*3

※居室にてご利用の家具や日用品は各自ご用意いただくこととなります。

*4

*1~4 については、レインボーの家 相談員にご相談ください。各種サービス事業所等をご紹介いたします。

入居時のご負担総額 (参考例) *月の1日より入居の場合

97,700 円(1ヶ月の家賃、共益費、生活支援サービス費)前家賃 +

161,100 円(敷金) の合計 258,800 円(税込) を入居前までにお振込みいただきます。(月の途中からの入居の場合は、日割りの家賃等がかかります)

居室イメージ

施設

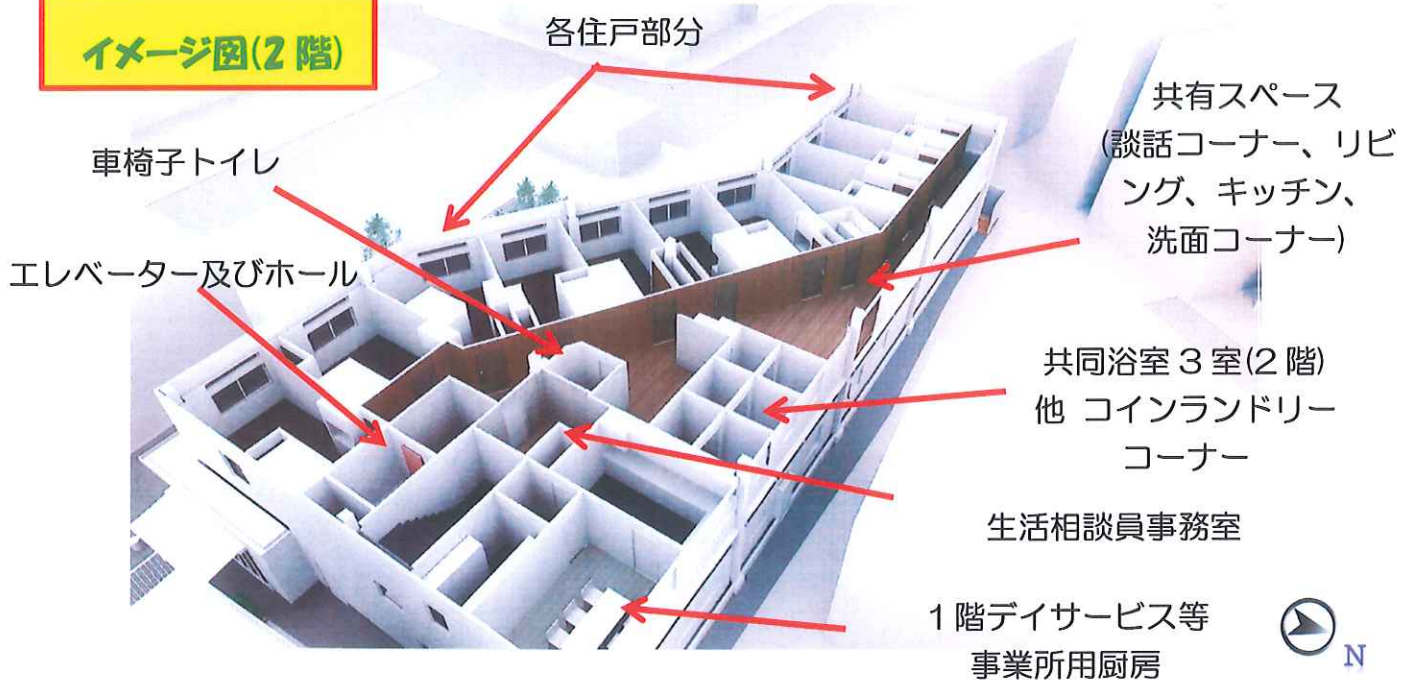
- ◆ 1階 川崎医療生協介護事業所、駐車場、住宅玄関、エントランスホール
地域交流スペース(運営の内容については検討中)
- ◆ 2階、3階住宅 各 10居室 計 20居室 20.16㎡(201、204~210、
301、304~310号室) 20.22㎡(203、303号室) 20.04㎡(202、
302号室)
- ◆ 2階3階 共有スペース(談話コーナー、リビング、キッチン等々)、コイン
ランドリー、車椅子トイレ、洗面台、共同浴室3室(2階)、

イメージ図



2・3階住戸共用スペース(談話コーナー、リビング、共同浴室等)

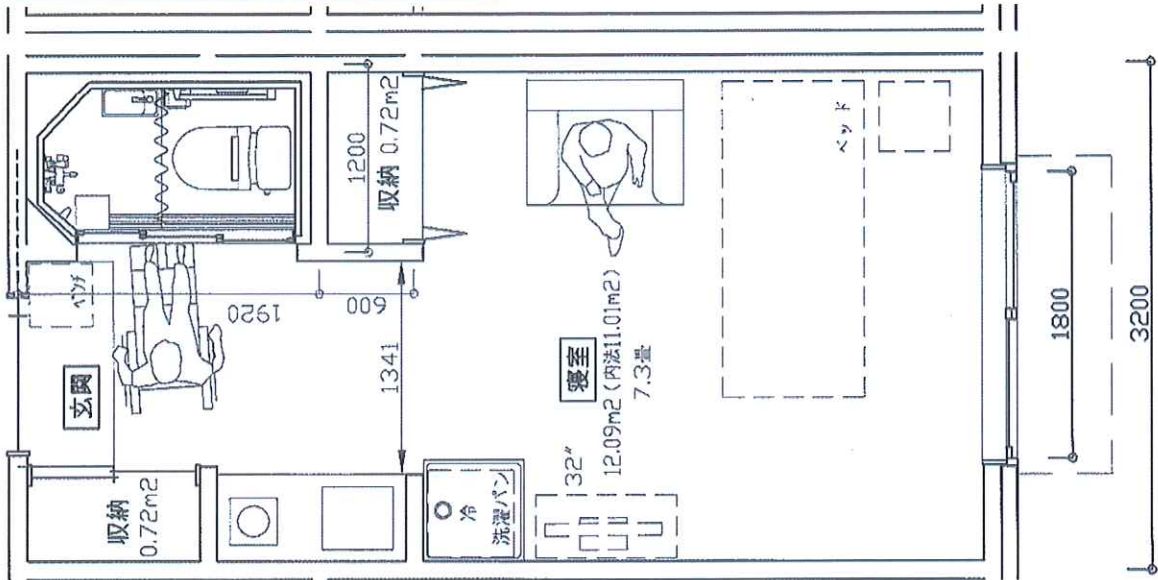
イメージ図(2階)



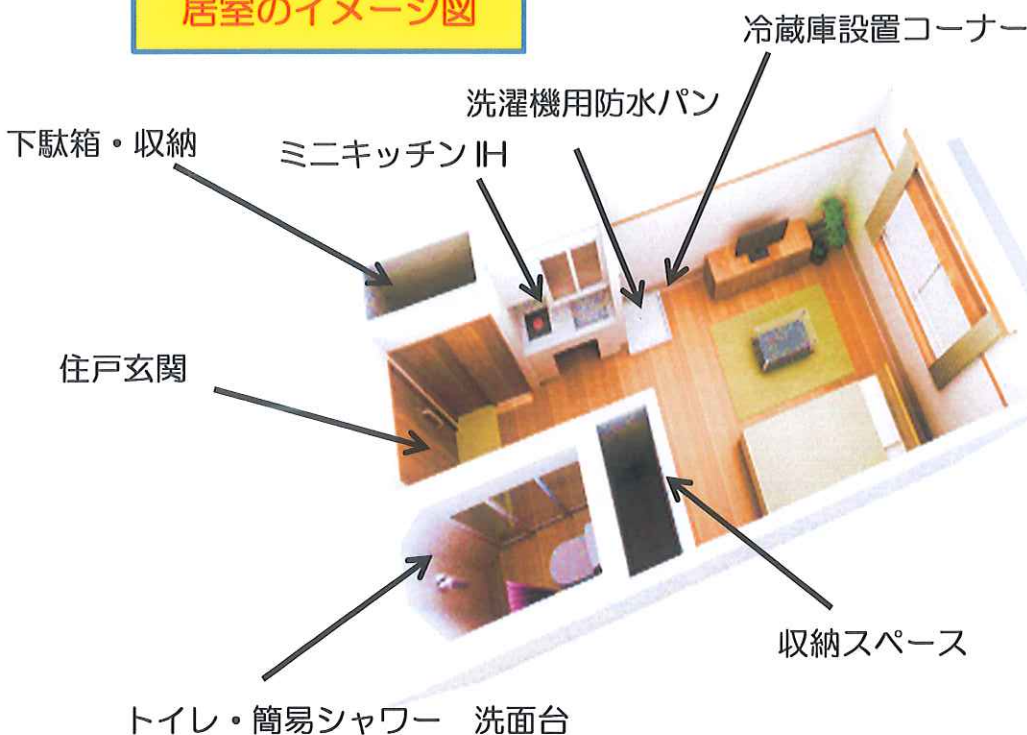
居室イメージ

Aタイプ(20.16㎡)平面図

201、204～210、301、304～310号室が20.16㎡
同じ広さ左右の向きや配置の違いのA、Dタイプあり



居室のイメージ図



テレビ、ベット、テーブル、カーペット等はイメージです。家具他家電品(テレビ、冷蔵庫、洗濯機)等、日用生活用品等は各自でご準備ください。

※左記以外に、エアコン、緊急通報システム(玄関インターフォン、空間センサー、緊急ペンダント)の設備が設置されています。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室 (相談室)

担当：生活相談員 迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538

多摩川や公園がちかくにある、落ち着いた暮らしやすい住環境



サービス付き高齢者向け住宅
レインボーの家上平間

- 電車での来所
JR 南武線鹿島田駅又は平間駅
徒歩 15分
- バスで来所
JR 川崎駅西口北 86,87 番
のりばより
市営バス川 73、74 系統
所要時間 約 25分
JR 武蔵小杉駅 4 番のりばより
市営バス杉 40、川 71、74 系
統 所要時間 約 15分
それぞれ上平間下車徒歩 1分

多摩川（ガス橋）を渡ると東京。新川崎、鹿島田、平間から川崎・横浜へも

入居のお申込み手続きの流れ

① お問い合わせ・ご相談

- ◆費用やサービス内容、申込み手続きについてご案内いたします。
- 建物の見学は電話にてご予約下さい。建物概要などをご案内します。
- 直接お越しの場合⇒ メディホープなかはらビル 2階レインボーの家
上平間管理室(相談室)までお越しください。

(川崎市中原区上平間 1264-1)

- お電話でのお問い合わせ⇒ 070-1451-8499 (FAX044-201-6538)

生活相談員 宛

平日 月～金 時間 9:00～17:00

② 入居お申込み

- ◆入居申込書のご記入の上、必要書類を添えてお申込みいただきます。
- ◆お申込みには募集要項の入居資格をよくご確認ください。
- ◆医療情報及び介護サービス利用状況を確認させていただきます。
- ◆お申込みには連帯保証人を1名定めていただくようになります。
(連帯保証人を定めるのが困難な方は、事前にご相談ください。)
*郵送又は入居面談日以前にお持ちください。
- ◆入居手続きに必要な書類
前ページをご参照ください。
*状況によって、追加の書類をお願いする場合があります。

③ 入居面談

- ◆お申込者様・連帯保証人様と直接面談します。申込み書類の内容を確認しながら、入居者の実際の状態や書類での不明点を確認します。

④ 入居資格審査

- ◆入居手続き書類に基づき、入居資格に該当しているか確認いたします。

⑤ 入居判定会議

- ◆法人によって定められた判定スタッフによって入居判定会議を行います。
- ◆入居判定は、健康管理面、介護支援の確保、身体安全性、家庭状況の考慮、支払の能力などを考慮のうえ、客観性・公平性をもって行います。
*なお、審査・判定会議で入居をお断りする場合がありますので予めご了承ください。
- *満室になり次第、申込み受付を終了いたしますのでご了承ください。

⑥ 入居判定のご連絡

◆お申込みのあった方の入居審査及び判定会議の結果を郵送にてご連絡いたします。(併せて入居説明面談日の案内と契約書類等をお送りします)

*入居資格審査・判定会議での審査結果についてのお問い合わせにはお答えできません。

*ご提出いただいた書類は返却いたしません。

*お申込み個人情報につきましては、入居判定以外の用途には一切使用いたしません。

⑦ 入居契約説明面談

◆ご入居予定の方とご面談を行います。ご面談の日程を調整いたします。

◆面談において提出書類等の最終確認を致します。

*書類記入事項の虚偽などが判明した場合、ご入居をお断りする場合があります。

⑧ 契約締結

◆ご本人、連帯保証人の同席のもと、入居契約の締結を行います。

◆契約書及び登録事項説明書の確認を行います。印鑑をご用意ください。

◆生活支援サービスの契約も合わせて行います(賃貸借契約書と一緒になっています)。

◆主治医による診断書及び医療情報提供書が必要となります。

◆入居契約締結日までに、入居時の費用をお支払いただきます。

*契約は 2 階上平間管理室(相談室)にて行います。遠方にお住まいの方、ご体調などによりご来所が難しい方はご相談ください。

*契約はご面談の際に、同日に引き続き行います。

⑨ 鍵の引き渡し・お引越し

◆契約に引き続き、ご入居までの手続きについてご案内いたします。

◆引越しなどのご都合をうかがい、入居日の調整を行います。

◆事前見学などご希望がありましたらご相談ください。

◆介護保険サービスなどのご利用の調整を行います。

⑩ ご入居

◆ご入居後の日常のご相談は「レインボーの家」スタッフ(相談員)がご相談に応じます。

◆快適な入居生活のご支援のため、ご入居後のご相談をうかがう面談を行います。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室 (相談室)

担当：生活相談員 迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538

サービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家 上平間」

「レインボーの家 上平間」入居申込書郵送先

〒211-0013

川崎市中原区上平間 1264-1 メディホープなかはらビル 2 階

サービス付き高齢者向け住宅

レインボーの家 上平間 管理室 宛

↓ 郵送の際には申込みに必要な書類をご確認ください

○入居手続きに必要な書類

書類名	借借人	連帯保証人
<input type="checkbox"/> 所得・収入証明書類(市民税・県民税課税内容証明書など)	○	○
<input type="checkbox"/> 印鑑証明(3 か月以内のもの)	○	○
<input type="checkbox"/> 住民票(3 か月以内のもの)	○	○
<input type="checkbox"/> 健康保険証(写し)	○	
<input type="checkbox"/> 介護保険証(写し)	○	
<input type="checkbox"/> 障害者手帳(お持ちの方の場合、写し)	○	
<input type="checkbox"/> 健康状況の記録(医師による情報提供書がある場合は追加)	○	
<input type="checkbox"/> 介護保険及び各種サービス利用状況表	○	
<input type="checkbox"/> 入居申込書	○	

*お申込み直接お持ちいただいても結構です。(入居面談日以前にお願いします)

平日 月～金曜日 時間 9:00～17:00

川崎市中原区上平間 1264-1 メディホープなかはらビル 2 階
サービス付き高齢者向け住宅 レインボーの家 上平間 管理室
別紙地図参照下さい。

居室が満室になり次第締め切りさせていただきます。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室 (相談室)

担当：渋谷迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538

入居面談のご案内

お申込者様・連帯保証人様と直接面談となります。
申込み書類の内容を確認しながら、状態や書類での不明点を確認します。
原則来所面談となりますが、ご来所が困難な場合は担当者が、調整の上
担当者よりご連絡いたします。

ご面談の際には、募集要項等のご不明な点にお答えします。

会場

レインボーの家 上平間

川崎市中原区上平間 1264 番 1 号

メディホープなかはらビル 2 階 管理室

*お申込者様と連帯保証人様ご同席のもとでの面談となります。

日時

月曜日～金曜日 9:00～17:00

*面接日時予約用紙にて日時のご希望をお知らせください。

*時間のご都合がつかない場合はご相談ください。

事前にご郵送又は お持ちいただくもの

*入居手続きに必要な書類

詳細は、P9の「入居手続きに必要な書類」をご参照ください。

*状況によって、追加の書類をお願いする場合があります。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室 (相談室)

担当：生活相談員迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538



貸主



一般社団法人
メディホープかながわ
medihope kanagawa

管理運営



特定非営利活動法人
NPOレインボー

特定非営利活動法人NPOレインボー

2022年2月

入居面談のご案内

お申込者様・連帯保証人様と直接面談となります。
申込み書類の内容を確認しながら、状態や書類での不明点を確認します。
原則来所面談となりますが、ご来所が困難な場合は担当者が、調整の上
担当者よりご連絡いたします。
ご面談の際には、募集要項等のご不明な点にお答えします。

会場

レインボーの家 上平間
川崎市中原区上平間 1264 番 1 号
メディホープなかはらビル 2 階 管理室
*お申込者様と連帯保証人様ご同席のもとでの面談となります。

日時

月曜日～金曜日 9:00～17:00
*面接日時予約用紙にて日時のご希望をお知らせください。
*時間のご都合がつかない場合はご相談ください。

事前にご郵送又は お持ちいただくもの

*入居手続きに必要な書類
詳細は、P9の「入居手続きに必要な書類」をご参照ください。
*状況によって、追加の書類をお願いする場合があります。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室（相談室）

担当：生活相談員迄 電話 070-1451-8499 FAX044-201-6538

入居面談日時予約用紙

氏名 _____ 様

第1希望日 年 月 日(曜日) 時～

第2希望日 年 月 日(曜日) 時～

← ご来所が困難な場合はこちらにチェックしてください。

原則ご本人及びご家族等保証人(連帯保証人)に来所いただいて
面談となりますが、困難な場合調整の上担当者よりご連絡いた
します。

ご質問・ご相談欄

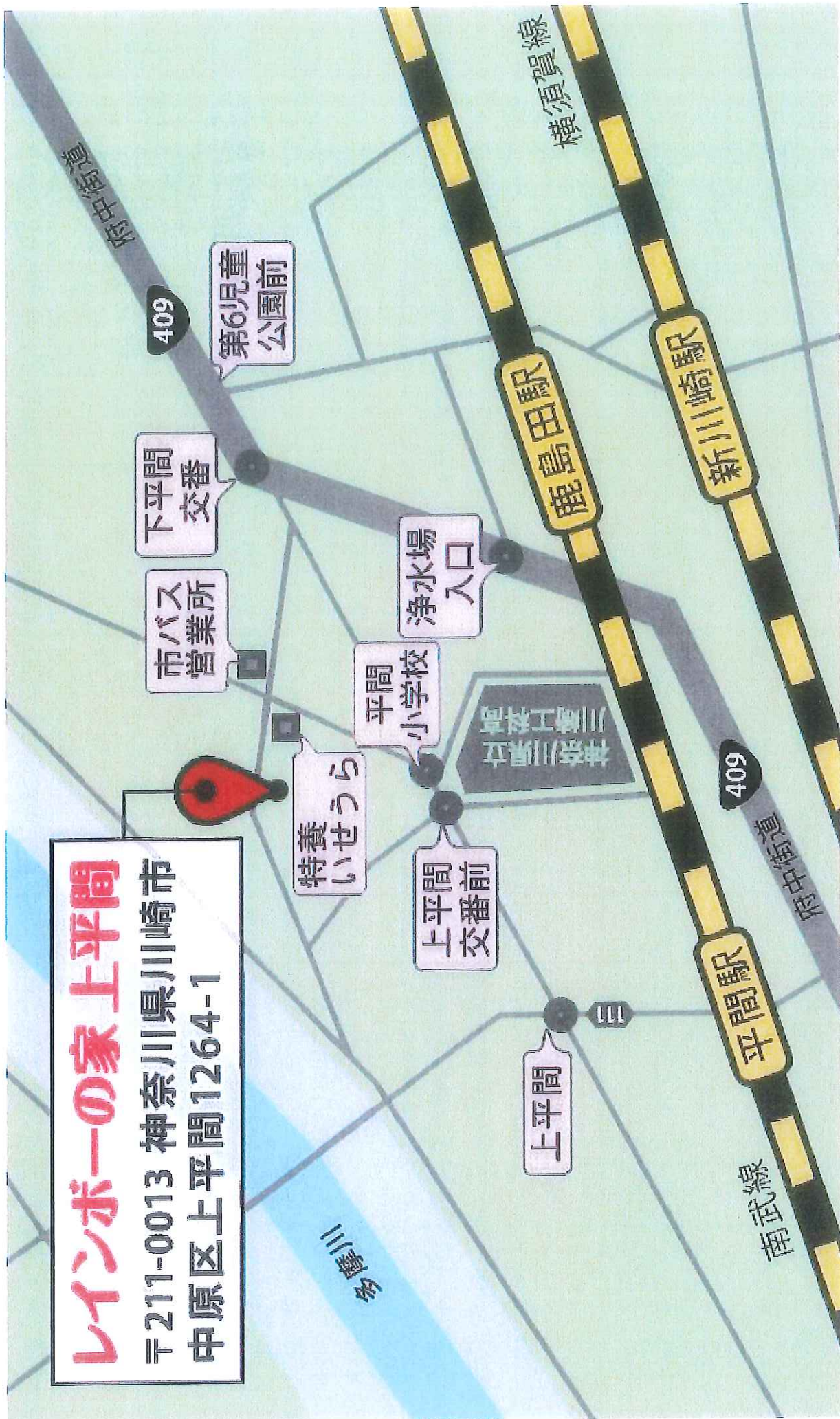
ご質問・ご相談などございましたらこせ記入ください。ご面談でお答えいたします。

お申込み・お問い合わせ：レインボーの家上平間 管理室

担当：生活相談員迄 電話 070-1451-8499 F A X 044-201-6538

レインボーの家 上平間

〒211-0013 神奈川県川崎市
中原区上平間1264-1



サービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家上平間」入居申込書

平成 年 月 日

入居予定者	フリガナ		性別		フリガナ	
	氏名		男・女		氏名	
			配偶者 有・無			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	連帯保証人(身元引受人)	入居者との続柄 ()		
	住所	〒		住所	〒	
	自宅電話	有・無(- -)		自宅電話	有・無(- -)	
携帯電話	有・無(- -)	携帯電話		有・無(- -)		

賃料等の支払いについて	<input type="checkbox"/> 入居予定者が支払う	
	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 連帯保証人が支払う	氏名 続柄 ()
入居した際のサービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家 上平間」に対する御希望がございましたらお書きください	ご本人より：	
	ご家族等より：	

*** 申込み書類記入についての注意**

「入居申込書」、「健康状況記入票」、「介護保険及び各種サービス利用状況票」につきましては、入居希望者本人の現在の状況に基づき可能な限り詳細にご記入いただけますようお願いいたします。記入内容等でご不明な点がありましたら「レインボーの家 上平間」生活相談員までお問い合わせください。

上記の通り、サービス付き高齢者向け住宅「レインボーの家 上平間」への入居を希望します。申込みに関する提出書類の情報はすべて事実に基づくものであり、これによる入居審査の結果には、異議を申し立てません。

入居予定者 _____ 印 連帯保証人 _____ 印

健康状況記入表

記入日： 年 月 日

*該当する項目に○をお付けください

記入者：

入居希望者名	(ふりがな)		性別	生年月日		年齢
			男・女	明・大・昭 年 月 日		(満 歳)
かかりつけの 医療機関	*電話() -			主治医の先生 のお名前		
その他の 医療機関	*電話() -			主治医の先生 のお名前		
	*電話() -			主治医の先生 のお名前		
	*電話() -			主治医の先生 のお名前		
健康状態	*現在の主病名			*過去の病歴		
身長	cm	測定日	麻痺・硬縮 あり・なし *ありの方は麻痺などの部位()			
体重	kg	測定日				
聴力	右 ・普通 ・難聴(大声で聞こえる・失聴) 左 ・普通 ・難聴(大声で聞こえる・失聴)				・補聴器使用	
視力	右 視力() ・新聞が読める ・新聞が読めない ・失明				・メガネ使用	
	左 視力() ・新聞が読める ・新聞が読めない ・失明				・コンタクト使用	
視力障害	・緑内障 ・白内障 ・その他の視力障害()					
血圧	*安静時	/	mmHg	体温	平熱℃	高次脳機能
睡眠	・良好 ・不良 ・安定剤使用			脈拍	bpm	障害
認知症	あり・なし		*ありの場合 認知症と思われる症状(著しい物忘れ・徘徊・昼夜逆転・介助拒否・暴言・せん妄・妄想・異食・幻覚・収集癖) その他の症状：			
薬の状況	薬の管理が自分で ・できる ・できない		内服・塗布が自分で ・できる ・できない		*「できない」に○の方は現在の介助状況を記入	
	*薬の内容(軟膏や点眼薬なども含め、現在お使いの薬をすべてお書きください)					
	*ご利用の薬局				*電話() -	
感染症	・あり ・なし		*症状()			
皮膚状況	・湿疹あり ・かゆみあり ・褥瘡(床ずれ)あり (*部位)					
その他の 医療状況	経管栄養		在宅酸素	排泄ケア	インスリン注射	
	・胃瘻・鼻腔 (l/日)		・導尿・留置カテーテル	・自分で注射可能・介助		
	・腸瘻		・人工肛門	(朝 昼 夕)		

介護保険及び各種サービス利用状況表

*該当する項目に○をお付けください

入居希望者名		男・女		満 歳	記入日	年 月 日
					記入者	
介護度			ケアマネジャー事業所名			
要支1・2 介護1・2・3・4・5・申請中			(ご担当者氏名)		()	
主に介護をしている方		主介護者の住所		〒		
A D L	移動	車椅子/歩行(自立・一部介助・全介助) 使用器具(T杖・4PC・歩行器・他)				
	排泄	洋式トイレ/ポータブル(自立・一部介助・全介助)				
	食事の制限	特別食: ミキサー食・刻み食・お粥・その他() 塩分制限()・カロリー制限()・その他の療養食など() 摂食方法 (自立・一部介助・全介助) 経管栄養(胃瘻・鼻腔・腸瘻)				
	入浴	自立・一部介助・全介助	認知症状	無・有 (*症状)		
	整容	自立・一部介助・全介助	麻痺などの障害	無・有 (*部位)		
現在ご利用中の介護サービス(介護保険外のサービスもご記入ください)		<p>・定期的または常時利用しているサービス</p> <p>通所ケア: デイサービス・デイケア・短時間リハビリ・その他()</p> <p>⇒ 週 回 (曜日) (事業所)</p> <p>訪問ケア: 訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・訪問リハビリ・その他()</p> <p>⇒ 週 回 (曜日) (事業所)</p> <p>⇒ 週 回 (曜日) (事業所)</p> <p>入所ケア: 老人保健施設入所・ショートステイ・その他()</p> <p>⇒ 年 回(どの位の期間) (事業所)</p> <p>・時々利用しているサービス (例 受診時の介護タクシー等)</p>				
家族が行っている介護(ご本人が介助を必要とする場合)		1)朝(6:00~9:00) 2)日中(9:00~17:00) 3)夕方~寝る前(17:00~21:00)		4)夜間(21:00~6:00) 5)そのほか時々行う介護		
備考・特記・その他				家族・介助支援者構成(お名前)		
				配偶者: _____ 子供 : _____ 孫 : _____ その他 兄弟など: _____ *同居されている方には○を		

健康状況記入表

(記入見本)

記入日: 24 年 12 月 14 日

*該当する項目に○をお付けください

入居希望者名	(ふりがな) せいきょう たろう		性別	生年月日		年齢
	生協 太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> ××年 ××月 ××日		(満) 88 歳
かかりつけの医療機関	GOOP中央病院 *電話(044) ××-××			主治医の先生のお名前		桜本医師
その他の医療機関	歯科GOOP *電話(044) ××-××			主治医の先生のお名前		田島医師
	*電話() -			主治医の先生のお名前		
	*電話() -			主治医の先生のお名前		
健康状態	*現在の主病名 脳梗塞後遺症(左麻痺) 糖尿病 認知症(疑い)			*過去の病歴 50代から糖尿病 平成5年よりインスリン 平成8年 脳梗塞(GOOP中央病院)		
身長	161 cm	測定日	24年9月			
体重	58 kg	測定日	24年9月			
			麻痺・硬縮 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> *ありの方は麻痺などの部位(左下肢、顔面)			
聴力	右・普通・難聴(大声で聞こえる)・失聴			<input checked="" type="radio"/> 補聴器使用 <input type="radio"/>		
	左・普通・難聴(大声で聞こえる)・失聴					
視力	右 視力(0.1) <input checked="" type="radio"/> 新聞が読める <input type="radio"/> 新聞が読めない <input type="radio"/> 失明			<input checked="" type="radio"/> メガネ使用 <input type="radio"/> コンタクト使用		
	左 視力(0.02) <input checked="" type="radio"/> 新聞が読める <input type="radio"/> 新聞が読めない <input type="radio"/> 失明					
視力障害	<input checked="" type="radio"/> 緑内障 <input type="radio"/> 白内障 <input type="radio"/> その他の視力障害()					
血圧	*安静時 140 / 92 mmHg	体温	36.8 平熱℃	高次脳機能		あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>
睡眠	良好 <input type="radio"/> 不良 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 安定剤使用	脈拍	88 bpm	障害		
認知症	なし <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> あり	*ありの場合 認知症と思われる症状(怪しい物忘れ・徘徊・昼夜逆転・介助拒否・暴言・せん妄・妄想・異食・幻覚・収集癖) その他の症状: 日にちを忘れる、時々怒りっぽくなるなど				
薬の状況	薬の管理が自分で <input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない		内服・塗布が自分で <input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない		*「できない」に○の方は現在の介助状況を記入	
	*薬の内容(軟膏や点眼薬なども含め、現在お使いの薬をすべてお書きください)					
	朝 アムロジピン錠5mg・整腸剤 昼 整腸剤 夜 なし 寝る前 デパス錠1mg			朝 インスリン ノボリン40 8単位 点眼薬 チモプトール(左 13時) 腰の痛みに 温湿布(市販品)		
*ご利用の薬局 川崎ひまわり薬局 *電話044) ××-××						
感染症	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり *症状()					
皮膚状況	<input type="radio"/> 湿疹あり <input type="radio"/> かゆみあり <input type="radio"/> 褥瘡(床ずれ)あり (*部位)					
その他の医療状況	経管栄養		在宅酸素		排泄ケア <input checked="" type="radio"/> インスリン注射 <input type="radio"/>	
			胃瘻・鼻腔 (/日)		<input checked="" type="radio"/> 自分で注射可能 <input type="radio"/> 介助	
			腸瘻		<input checked="" type="radio"/> 朝 <input type="radio"/> 昼 <input type="radio"/> 夕)	

介護保険及び各種サービス利用状況表

(記入見本)

*該当する項目に○をお付けください

入居希望者名	生協 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	満 88 歳	記入日	24年12月 14日
					記入者	生協 花子
介護度			ケアマネジャー事業所名	居宅 生協		
要支1・2 介護①・2・3・4・5・申請中			(ご担当者氏名)		(川崎ケアマネ)	
主に介護をしている方	生協 花子		主介護者の住所	〒 210-0804 川崎市川崎区藤崎×-××-×		
A D L	移動	車椅子/歩行(自立・一部介助・全介助)		使用器具(杖・4PC・歩行者・他)		
	排泄	洋式トイレ/ポータブル(自立・一部介助・全介助)				
	食事の制限	特別食：ミキサー食・刻み食・お粥・その他(納豆、ほうれん草類) 塩分制限(7g)・カロリー制限(1300kcal)・その他の療養食など() 摂食方法(自立・一部介助・全介助) 経管栄養(胃瘻・鼻腔・腸瘻)				
	入浴	自立・一部介助・全介助	認知症状	無・有 (*症状 ひどい物忘れ)		
	整容	自立・一部介助・全介助	麻痺などの障害	無・有 (*部位 左上肢)		
現在ご利用中の介護サービス(介護保険外のサービスもご記入ください)	<p>・定期的または常時利用しているサービス</p> <p>通所ケア：デイサービス・デイケア 短時間リハビリ・その他() ⇒ 週 3 回 (曜日 月・金) (事業所 四つ角デイ(入浴))</p> <p>水 観音デイケア(リハビリ)</p> <p>訪問ケア：訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・訪問リハビリ・その他() ⇒ 週 1 回 (曜日 木) (事業所 浜町ヘルパー洗濯などの家事援助) ⇒ 週 回 (曜日) (事業所)</p> <p>入所ケア：老人保健施設入所・ショートステイ・その他() ⇒ 年2~3 回(どの位の期間1週間) (事業所 老健 樹の里)</p> <p>家族休養</p> <p>・時々利用しているサービス (例 受診時の介護タクシー等)</p> <p>NPO・虹 移送サービス 月1回 受診のとき 歯科往診 年2回</p>					
家族が行っている介護(ご本人が介助を必要とする場合)	1)朝(6:00~9:00) ・朝食の準備		4)夜間(21:00~6:00) ・特になし(時々眠れないでいるので困っている)		5)そのほか時々行う介護 ・老人会の際の付添い	
	2)日中(9:00~17:00) ・散歩の付き添い ・部屋の片づけ				買い物(週1回、近くスーパー)	
	3)夕方~寝る前(17:00~21:00) ・夕食の片づけ ・入れ歯の洗浄					
備考・特記・その他				家族・介助支援者構成(お名前)		
<ul style="list-style-type: none"> ・最近物忘れがひどくなった心配(認知症が進まない様にリハビリをしてほしい) ・レインボーの近くに友達がいないので、心配。 ・買い物できるところがあうかどうか心配。 ・家族がたまに遊びに行ったときに、一緒に休める場所はありますか? ・入れ歯なので柔らかい食事にしてほしい。 				配偶者： <input checked="" type="radio"/> 妻(花子)..... 子供： 長男(東京)長女(市内)..... 孫： 4人..... その他 兄弟など： 本人弟(市内)独居..... *同居されている方には○を		