

小規模多機能ホームさくら 利用申込書

申し込み年月日 令和 年 月 日

ふりがな				
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生()歳	
利用者住所	〒 -		電話番号 自宅 () 携帯電話 ()	
ふりがな				
申込者氏名				続柄 ()
申込者住所	〒 -		電話番号 自宅 () 携帯電話 ()	
サービス開始希望日	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用希望 <input type="checkbox"/> 年 月 日から利用希望 <input type="checkbox"/> 未定			
利用目的及び理由	<input type="checkbox"/> 認知症進行の予防 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 生活援助 () <input type="checkbox"/> 日常生活の活性化 <input type="checkbox"/> 心身機能の回復 <input type="checkbox"/> 身体介護 () <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続 <input type="checkbox"/> 社会との交流 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 有効期間: 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ※障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度は主治医意見書を参照下さい。			
居宅介護支援事業所	事業所名 ()		担当ケアマネジャー ()	
	連絡先(電話番号) ()			
かかりつけ医など	病院・医院名		主治医名 ()	
	[]		電話番号 ()	
現在の住居(本人の居場所)	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無) <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名:)			
家族の状況	氏名	年齢	続柄	連絡先(携帯電話、勤務先など)
	1			
	同居・別居			
	2			
	同居・別居			
住宅の情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> マンション・アパート・ハイツ <input type="checkbox"/> 歩行補助用具(杖・歩行器・シルバーカー) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 <input type="checkbox"/> その他特記()			
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週 回 <input type="checkbox"/> 住宅改修箇所() <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル() <input type="checkbox"/> 短期入所 月 回 <input type="checkbox"/> その他()			
その他特記事項				

※ ケアマネジャー様による代筆でも結構です。

介護保険被保険者証の写し(コピー)を添付して下さい。