

# 看護小規模多機能型居宅介護施設 風蝶木の実ケイパハウス 利用申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

<small>ふりがな</small>		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭： 年 月 日生 (満 歳)
利用者氏名	滋賀県 市・郡 番地	電話番号 ( )	
利用者住所			
申込者氏名	続柄( )		
申込者住所	県 市・郡 番地	電話 ( )	携帯 ( )
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			
現在の疾患と病状など			
介護保険	認定市町村( ) <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		
居宅介護支援事業所	事業所名( ) 担当ケアマネージャー( ) 連絡先( )		
かかりつけ医など	医院名( ) 医師名( ) 【医療保険の状況】 <input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他( ) 手帳等( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 身障手帳 級、精神手帳 級、療育手帳 級		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無 ) <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 ) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 )		
同居者の状況	氏名	年齢	続柄
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・三点杖・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) <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 <input type="checkbox"/> その他特記( )		
現在の利用サービス	通所介護(事業所名: ) 週 回 訪問看護 週 回 通所リハビリ(事業所名 ) 週 回 住宅改修箇所 訪問介護(事業所名: ) 週 回 レンタル用品		
希望サービス	①通い(デイサービス) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可		
	②泊まり(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 又は 年 月 日～ 年 月 日		
	③訪問(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 内容 <input type="checkbox"/> 家事援助( ) <input type="checkbox"/> 身体介護( )		
その他特記事項			

※当てはまる□にチェックを入れてください。