

認知症グループホーム いちじくの木 利用申込書

利用者様→いちじくの木
申し込み年月日 令和 年 月 日

<small>ふりがな</small>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
利用者氏名		□明 □大 □昭 □平： 年 月 日生 (満 歳)		
利用者住所	滋賀県 市・郡		番地	
	電話番号 ()			
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	□今すぐ利用希望		□ 月 日から利用希望 □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 ()			
	□申請中 □要支援 □1 □2 □要介護 □1 □2 □3 □4		有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
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】 □国保・社保(本人・家族) □後期高齢 □その他 () 手帳等(□有 □無) 身障手帳 級、精神手帳 級、療育手帳 級			
現在の住居	□自宅(同居者 有・無)		□その他	
	□施設入所(施設名)		□入院中(病院名)	
同居者の状況	氏名	年齢	続柄	連絡先(携帯、勤務先など)
住宅の情報	□一戸建て		□車いす	
	□マンション・アパート・ハイツ □エレベーター □玄関までに段差・階段		□歩行補助用具(杖・三点杖・歩行器・シル □トイレ(和式・洋式・ポータブル) □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)		週 回 住宅改修箇所	
	訪問介護(事業所名)		週 回 レンタル用品	
入居後、希望されることがありましたら記載してください。				
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。