申込日　　　　年　　月　　日

申込者氏名：　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）　　　申込者連絡先：

申込者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付担当者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | ふりがな | | | | | | 生年月日 | | 年齢 |
| （　男　・　女　） | | | | | | 明　・　大　・　昭  年　　月　　日 | | 歳 |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | 電話番号 | | |
|  | | |
| 介護保険 | 申請中　要介護度（支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5） | | | | | | | 被保険者番号 | |
| 有効期限　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日まで | | | | | | |  | |
| 居宅介護  支援事業所 | 事業所名 |  | | | | | 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ名 | | |
| 電話番号 | －　　　　－ | | | | |  | | |
| 主治医 | 医院名 |  | | | | | 担当医師名 | | |
| 電話番号 | －　　　　－ | | | | |  | | |
| 主病名  既往歴  入院歴 | （年月） | | （主病名・既往歴・入院歴）   * **原則「認知症」の診断が無い場合は入所が出来ません。** | | | | | | |
| 医療状況 | □経管栄養（鼻腔・胃瘻・腸瘻）　□インシュリン注射（回数/　　　時間/　　　　　　　　）  □酸素療法　□人工肛門　□床ずれ　□人工透析　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 現在の状況 | □自宅（同居者　有　・　無　）　　　　　□　入院中（入院先　　　　　　　　　病院）  □施設入所中（施設名　　　　　　　　　）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 主介護者 | 氏名 | | | 続柄 | 年齢 | 住所・連絡先 | | | |
|  | | |  |  |  | | | |
| 現在利用中のサービス | □デイサービス（　　　回/週）□通所リハビリ（　　回/週）□訪問リハビリ（　　回/週）  □訪問看護（　　回/　　）内容【　　　　　】□ヘルパー（　　回/週）内容【　　　　　　】  □ショートステイ（　　　　　　）　　□福祉用具（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □小規模多機能（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □入所・入院中（　　年　　月から　：【　　　　　】へ入所・入院中） | | | | | | | | |
| 本人の意思 | □希望している　□迷っている　□拒否している　□知らせていない　□本人理解できない | | | | | | | | |
| 利用開始希望 | 今すぐ利用したい　・　　　　年　　　月　　　日頃から利用したい　・　未定 | | | | | | | | |
| 利用希望  の理由 | （困っている事、大変な事などご記入ください） | | | | | | | | |