

利用申込書

フリガナ		生年月日	明・大・昭					
利用者氏名	様		年 月 日 () 歳					
連絡先	〒 - 電話番号 () -	緊急連絡先	①名前 [続柄] 連絡先 () -					
フリガナ			②名前 [続柄] 連絡先 () -					
申込者氏名	様 [続柄]		③名前 [続柄] 連絡先 () -					
連絡先	〒 - 電話番号 () -	担当ケアマネージャー						
医療保険情報	被保険者番号	介護保険認定情報	要介護	1	2	3	4	5
	有効期限 平成 年 月 日		要支援	1	2	※現在申請中		
	保険者番号		被保険者番号					
	一部負担金の割合 (割)		認定有効期間					
	公費負担証：自己負担割合 (割)		年 月 日 ~ 年 月 日					
	難病 自立支援 マル福 生活保護 その他 ()		認定年月日 年 月 日					
主治医・かかりつけ医		これまでにかかったご病気 (わかる範囲でお願いします)						
() 病院・医院	() 科 () 医師	病名 ()、いつ頃：()						
() 病院・医院	() 科 () 医師	病名 ()、いつ頃：()						
() 病院・医院	() 科 () 医師	病名 ()、いつ頃：()						
() 病院・医院	() 科 () 医師	病名 ()、いつ頃：()						
		飲まれている薬 有 ・ 無						
		薬名 ()						
ご利用希望サービス		困っておられること・ご利用にあたってのご要望						
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション きよら <input type="checkbox"/> 療養通所介護 まほろば 月 火 水 木 金 または 週 回程度								
お体の状態についてお聞かせ下さい。								
<食事>	自分でできる 介助(見守り・指示)が必要 全介助 義歯(有・無) 食事形態 ()	<移動>	自分で歩ける つかまり歩き 歩けない 補助具：杖 老人車 歩行器 車椅子					
<入浴>	自分でできる 介助(見守り・指示)が必要 全介助 洗身(自立・介助) 更衣(自立・介助)	<習慣>	飲酒(有・無) 喫煙(有・無 本/日)					
<排泄>	自分でできる 誘導(声掛け)でできる 要介助 尿・便意(有・無) おむつ・パット使用(有・無)	<会話>	可 やや困難 かなり困難 不可					
		<趣味・特技・社会参加活動歴(わかる範囲で)>						