

記入例

社会福祉法人刈谷田福祉会 小規模多機能型居宅介護みやざわ苑 利用申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

サービス事業所	所在地	電話番号	担当	備考
小規模多機能型居宅介護みやざわ苑	長岡市栃尾宮沢1778番地		生活相談員・介護支援専門員	長岡市民に限る

利用希望者	ふりがな	ミヤザワ エイチ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑一	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10年 10月 1日生
	住所 〒	940-0233 長岡市栃尾宮沢1778	電話番号	0258-53-0000
申込者 (代理人)	ふりがな	ミヤザワ ソノ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑子	続柄	子
	住所 〒	-	自宅電話番号	0258-53-0000
			携帯電話番号	090-0000-0000
	勤務先	(株)0000		

申込理由（利用者・家族の生活状況等）

（本人）交流の機会をもちたい。自宅では入浴がうまくできない。

（子）仕事の関係で、夕方からの出勤や急な出張があり、そのときに介護ができない。

緊急時 連絡先	第1連絡	氏名	宮沢 苑子	続柄	同上
		住所 〒	-	自宅電話番号	同上
	第2連絡	氏名	栃尾 二郎	続柄	弟
		住所 〒	940-0234 長岡市栃尾泉0000	自宅電話番号	0258-53-0000
		携帯電話番号	090-0000-0000		

同居者	氏名	宮沢 苑子	年齢	48	続柄	子	職業（勤務先・電話番号）	(株)0000商事
	住所							
	住所							
	住所							

住居	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 (<input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床) <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅
	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (階)

介護保険	被保険者番号	8	保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条	認定日	26年 1月 1日	
	要介護度	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
	認定有効期間	平成 26年 2月 1日から平成 28年 1月 31日まで					
	負担限度額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (一日の食費 円) 負担段階					
	ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇	事業所	〇〇〇〇〇〇	電話番号	53-0000
	利用中のサービス	事業所名	〇〇〇〇〇〇	回/週	3	利用中のサービス	事業所名
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所(デイ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 訪問介護				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		<input type="checkbox"/> 訪問看護				
	<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> その他 ()				

健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()	番号	〇〇〇
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)	

医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障(重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療
身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名)
精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)

記入例

現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名 【 】)		年	月	日から入所 (院) 中
かかりつけ医	医師名	〇〇 〇〇	医療機関	〇〇医院	
特別な医療等	なし				
病歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
	高血圧症	〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成18年4月～	
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
認知症	認知症の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名		
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名		主治医
	経過				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない			
日常生活動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 出入り)	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き	排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)	着替え	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	会話	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可	
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	
聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない				
性格・対人関係	<input checked="" type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input checked="" type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				
サービス利用についての希望	①通い	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 食事の提供 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴の介護 <input type="checkbox"/> 生活相談・指導 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	②泊まり	<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"/> 何曜日でも可 (回 / <input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月)			
	③訪問	<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"/> 何曜日でも可 (回 / <input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月) 希望サービス <input type="checkbox"/> 家事援助 (食事の準備) ・ <input type="checkbox"/> 身体介護 ()			
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】					
普段は、「通い」を週3日程度(7:30～18:00)利用したい。送迎ほ子(宮沢苑子)が行つので不要。 急な出張のときは、「通い」に加えて「泊まり」も利用したい。					

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴事業所のサービス利用申込に際し、利用申込から利用契約までの手続きについての説明を受けました。

私 (利用希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名

宮沢 苑一



印

申請者 (代理人) 氏名

宮沢 苑子



印