

社会福祉法人 博医会
小規模多機能ケアホーム 小新しらとりの家 利用申込書

申込日 令和 年 月 日

利用希望者	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳			
	住所 〒 -	電話番号				
申込者 (代理人)	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名	続柄				
		自宅電話番号				
	住所 〒 -	携帯電話番号				
		勤務先				
申込理由(利用者及び家族の生活状況等)						
緊急時 連絡先	氏名			続柄		
	住所 〒 -			自宅電話番号		
				携帯電話番号		
同居者	氏名	年齢	続柄	職業(勤務先・電話番号)		
住居	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅 (<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 独居・ 階)					
介護保険	要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ・ 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
	ケア マネージャー			事業所		
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週
	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)			<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー)		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)			<input type="checkbox"/> 訪問看護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショート)			<input type="checkbox"/> その他()		

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他()					
手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身障手帳 級・精神手帳 級・療育手帳 級					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院名 [] 令和 年 月から入所(院)中					
かかりつけ医	医療機関				主治医名	
病歴	病名	入院・通院医療機関		内服薬		
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名			
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医療機関		医師名	
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話を作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <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"/> 話がまとまらない				
日常生活動作(ADL)	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input 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 type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)	
	身支度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)		言語	<input 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 type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可	
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 自助具()		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	
			聴力	<input 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 type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input 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"/> 一人を好む <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのを好む					
サービス利用についての希望	①通い	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> 入浴の介助 <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() <input type="checkbox"/> 身体介護()				
【希望する援助やケアについての意向・要望等がございましたら、ご記入ください】						

※ 当てはまる にチェックを入れてください。