

# 小規模多機能居宅介護事業 利用申込書 1

施設 記入欄	受付日	平成 年 月 日	施設名	小規模多機能ホーム ゆう
-----------	-----	----------	-----	--------------

本人の 状況	フリガナ			性別	保険者番号	函館市	0	1	2	0	2	1	
	氏名			男	被保険者番号								
				女									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 満 ( )歳	要介護認定期間		H 年 月 日 ~ 年 月 日								
		要介護度						1・2・3・4・5					
		電話						( )					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている											
	※自宅以外に居住している場合	※施設・病院の名称			住所	〒 -							
				電話	( )								
	障害者手帳等	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 級 (障害名)		年 月 日交付								
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( A・B )		年 月 日交付									
本人の意思	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解できない												
介護サービス等利用状況	介護支援専門	氏名	事業所名		電話 ( )								
	利用中の介護保険サービス	(例)デイサービス週2回、ショートステイ月に1週間を2回											
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ずれ(褥瘡) <input type="checkbox"/> その他												
	治療中の病気						既往歴						
	..... 年 月 ~						..... 年ころ						
	..... 年 月 ~						..... 年ころ						
	..... 年 月 ~						..... 年ころ						
	..... 年 月 ~						..... 年ころ						
かかりつけ医	病院・医院				医師	電話							
その他の医療機関	病院・医院				医師	電話							
	病院・医院				医師	電話							

