



ご利用申込書

お申込者

ふりがな		ご利用者 との続柄	男	生 年 月 日
氏 名		()	女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>			
連絡先	電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ
	携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ

ご利用者

ふりがな		男	生 年 月 日			
氏 名		女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			
住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>					
電話番号	()					
健康保険証番号	<input type="checkbox"/> 1. 国保(本人)・国保〔家族〕 <input type="checkbox"/> 2. 社保〔本人〕・社保〔家族〕・自費・生保・その他					
介護保険 被保険者証番号	<input type="text"/>	介護保険 認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
医療受給者証番号						
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
ケアマネジャー	フリガナ		居宅介護支援 事業所名			
	氏名					
	連絡先	()				
ご家族構成	氏 名	性別	生年月日	続柄	同居・別居の別	備 考
		男・女	・ ・		同居・別居	
		男・女	・ ・		同居・別居	
		男・女	・ ・		同居・別居	
		男・女	・ ・		同居・別居	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし					
	<input type="checkbox"/> 同 居	(誰と)			在宅かかりつけ医	
	<input type="checkbox"/> 入院中	(病院名)	年 月より入院中		主治医等	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	(施設名)	年 月より入所中		主治医等	
申し込み理由						



ご利用者の受療及び心身状況

受療状況	主治医 無 ・ 有 () 電話 () 病名 () 既往症 () ①往診 ・ 定期 ・ 不定期 () ②通院 ・ 定期 ・ 不定期 () ③服薬のみ ④受けていない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 (自立 ・ 杖 ・ 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> できない (全面的な介助が必要)
食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える (箸 ・ スプーン) <input type="checkbox"/> 介助が必要 (セッティング ・ 一部 ・ 全面) <input type="checkbox"/> 飲み込み問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みできない
更衣	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部 ・ 全面)
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部 ・ 全面)
排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 手を借りればできる <input type="checkbox"/> トイレ誘導必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
補助具	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯 (上・下) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
嗜好など	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他 ()
趣味	
主な生活費	<input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 預貯金の取り崩し <input type="checkbox"/> ご家族の支援 <input type="checkbox"/> その他 ()
問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(有 の 場 合) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> その他

上記の記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

ご利用者氏名 _____ 印

お申込者氏名 _____ 印