

地域密着型サービス利用申込書

社会福祉法人 美しの里 管理者様

下記の者、貴施設の該当サービスを利用したいので申請いたします。

利用申込日	令和 年 月 日						
利用サービス	<input type="checkbox"/> グループホーム梨花 <input type="checkbox"/> 多機能ホーム梨花						
利用者 氏名	フリガナ			生年 月日	明・大・昭 年 月 日		年齢 歳
住 所	〒 電話 — —						
申請者			続 柄		利用者との同居	有 ・ 無	
住 所	〒 電話 — —						
被保険者番号							
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
要介護状態	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
現在の状況	状況 名称	入院中 ()		施設入居 ()	在宅生活		
希 望 理 由 *利用・入居希望時期がありましたらお書きください。							
家族構成(主介護者に○)							
	氏 名	続 柄	年 齡	職 業			
利用中の介護(予防)サービス・地域密着型サービス(該当するものに○をつけてください) 訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・ 地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・通所リハ・ ショートステイ・福祉用具・定期巡回・随时対応型訪問介護 看護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介 護・その他 ()							
事業所名							
担当CM							
連絡先							

〒355-0072 埼玉県東松山市石橋1747番280 TEL: 0493-81-6161 FAX: 0493-81-4503

※ わかる範囲での記入で構いませんので、ご記入をお願いいたします。

現 病 歴 ・ 既 往 歴	年月		病名	医療機関	医師名（主治医には○）	TEL	経過
	年	月					
	年	月					
	年	月					
	年	月					
服 薬 内 容 等	※お薬手帳や薬事情報の写しても構いません			身体 状 況	視力	正常・やや弱い・弱い（ ）	
					聴力	正常・やや弱い・弱い（ ）	
					意思疎通	正常・やや難・難（ ）	
					麻痺・拘縮	無・有（ ）	
					褥瘡	無・有（ ）	
					感染症	他無・有（ ）	
日常生活 の 様 子	移動	自立・介助		備考	杖使用（一本杖・四点杖）・歩行器・車いす		
	排泄	自立・介助		備考	尿意（有・無）回/日 便意（有・無）回/日 オムツ（有・無） 自然・下剤・浣腸・摘便		
	食事	自立・介助		備考	食形態 普通食・刻み食・ペースト食・流動食 アレルギー・好き嫌い		
	入浴	自立・介助		形態	一般浴・リフト浴・機械浴		
	着脱	自立・介助		備考			
	整容	自立・介助		備考			
	義歯	無・有（総入れ歯・部分入れ歯） 備考		服薬 管理	可・不可		
	調理	可・不可		買物	可・不可		
	掃除 洗濯	可・不可		金銭 管理	可・不可		
	交通機関の利用	可・不可	備考	車・タクシー・バス・電車・その他（ ）			
精神 状 態	徘徊・暴言・不潔行為・拒否・感情不安定・異食・幻覚幻聴・抑うつ その他（ ）						
医 療 行 為	バルーンカテーテル・在宅酸素・胃ろう・インスリン・ストマ・ペースメーカー・たん吸引 その他（ ）						
同意書	私は、貴施設が利用決定に際し必要な情報を、担当介護支援専門員、主治医から収集することに同意します。						
	令和 年 月 日	利 用 希 望 者		氏名			
		利 用 希 望 者 の 家 族		氏名			
		代 理 記 載 人		氏名			