

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 申請中										
現在の状況	状況	入院中				施設入居				在宅生活	
	名称	()				()					
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		年齢		職 業				
事業所名		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）									
担当CM		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・随時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（ ）									
連 絡 先											

※ 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						
	年	月						
服薬内容等	※お薬手帳や薬事情報の写しでも構いません			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			