

社会福祉法人刈谷田福祉会
小規模多機能型居宅介護みやざわ苑 利用申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

サービス事業所	所在地	電話番号	担当	備考
小規模多機能型居宅介護みやざわ苑	長岡市栃尾宮沢1778番地	52-0002	生活相談員・介護支援専門員	長岡市民に限る

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"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生
	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	
	住所 〒 -	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先	

申込理由（利用者・家族の生活状況等）

緊急時連絡先	第1連絡	氏名		続柄	
		住所 〒 -		自宅電話番号	
	第2連絡	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	種別	<input type="checkbox"/> 戸建（ <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床） <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅
	居室	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）

介護保険	被保険者番号	保険者	<input type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条	認定日	H 年 月 日	
	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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで				
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（一日の食費 円）		負担段階		
	ケアマネジャー	氏名	事業所	電話番号		
	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） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他（ ）	番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II）	

医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障（重度心身障害者） <input type="checkbox"/> 特定疾患医療
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種 級、障害名）
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B）
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）

無 有 A B 無 有 1級 2級 3級

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居)・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名【 <input type="text"/> 】)			年	月	から入所 (院) 中
かかりつけ医	医師名	<input type="text"/>	医療機関	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>
特別な医療等	(<input type="text"/>)					
病歴	病名	<input type="text"/>	入院・通院医療機関	<input type="text"/>	治療中・終了	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名	<input type="text"/>		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名	<input type="text"/>	主治医	<input type="text"/>
	経過	<input type="text"/>				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <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"/> 話しがまとまらない				
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容 <input type="text"/>)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容 <input type="text"/>)		
	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="text"/>)		
		<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 <input type="text"/>)		
	転倒	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容 <input type="text"/>)	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 <input type="text"/>)	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可		
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	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"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き					
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"/> 入浴の介護 <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 (<input type="text"/>)				
	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 (<input type="text"/> 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 (<input type="text"/> 回 / <input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月) 希望サービス <input type="checkbox"/> 家事援助 (<input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> 身体介護 (<input type="text"/>)				
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】						

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴事業所のサービス利用申込に際し、利用申込から利用契約までの手続きについての説明を受けました。

私 (利用希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名

印

申請者 (代理人) 氏名

印