

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	☐ 男 ☐ 女
	氏名	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 生
	住所 〒 -	電話番号	
申込者 (代理人)	ふりがな	性別	☐ 男 ☐ 女
	氏名	続柄	
		自宅電話番号	
	住所 〒 -	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		携帯電話番号
	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	☐ 戸建（ ☐ 通常 ☐ 高床） ☐ マンション ☐ アパート ☐ 公営住宅		
	居室	☐ 1階 ☐ 2階 ☐ その他（ 階）		

介護保険	被保険者番号	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	保険者	☐ 長岡 ☐ 見附 ☐ 三条			認定日	R 年 月 日	
	要介護度	要支援（ ☐ 1 ☐ 2）		要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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	☐ 無 ☐ 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	
	☐ 通所（デイ）				☐ 訪問介護				
	☐ 通所リハビリ				☐ 訪問看護				
	☐ 短期入所				☐ その他（ ）				

健康保険	☐ 後期高齢 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ その他（ ）	番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 無 ☐ 有（区分 ☐ I ☐ II）		

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

☐ 無 ☐ 有 ☐ A ☐ B		☐ 無 ☐ 有 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級		
現在の居所		☐ 自宅 (☐ 単身 ☐ 同居) ・ ☐ 施設 (病院名 【 】) 年 月から入所 (院) 中		
かかりつけ医	医師名	医療機関	電話番号	
特別な医療等				
病歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
			☐ 治療中 ☐ 終了	
認知症	認知症の有無	☐ 無 ☐ 有	認知症の診断名	
	受診状況	☐ 無 ☐ 有	医 (病) 院名	
	経過			
	症状等	☐ 被害的になる ☐ 話しを作る ☐ 感情が不安定 ☐ 昼と夜が反対 ☐ 同じ話を繰り返す ☐ 大声 ☐ 介護に抵抗 ☐ 落ち着きなし ☐ 一人で出たがる ☐ 物を集める ☐ 物や服を壊す ☐ ひどい物忘れ ☐ 独り言 ☐ 自分勝手に行動 ☐ 話しがまとまらない		
日常生活動作	寝返り	☐ 自立 ☐ 介助 (内容)	入浴	☐ 自立 ☐ 介助 (内容)
	移動	☐ 歩行可 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 手引き	排泄	☐ 自立 ☐ 介助 (内容)
		☐ 車イス (☐ 自操 ☐ 介助)	着替え	☐ 自立 ☐ 介助 (内容)
			言語	☐ 普通 ☐ よく話せない ☐ ほぼ話せない
	食事	☐ 自立 ☐ 介助 (内容)	会話	☐ 普通 ☐ どうか可 ☐ 不可
		☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ソフト食 ☐ ミキサー むせ ☐ 無 ☐ 有	視力	☐ 普通 ☐ 見えにくい ☐ ほぼ見えない
聴力			☐ 普通 ☐ 聞こえにくい ☐ ほぼ聞こえない	
性格・対人関係	☐ 社交的 ☐ 内向的 ☐ 明るい ☐ おとなしい ☐ 頑固 ☐ やさしい ☐ 気難しい ☐ まじめ ☐ おおらか ☐ 細かいことを気にする ☐ 話し好き ☐ 一人が好き ☐ 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	☐ 送迎 ☐ 食事の提供 ☐ 入浴の介護 ☐ 生活相談・指導 ☐ 機能訓練 ☐ 健康管理 ☐ その他 ()		
	②泊まり	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 何曜日でも可 (回 / ☐ 週 ・ ☐ 月)		
	③訪問	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 何曜日でも可 (回 / ☐ 週 ・ ☐ 月) 希望サービス ☐ 家事援助 () ・ ☐ 身体介護 ()		
【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)】				