

社会福祉法人 小茂根の郷 サービス利用申込書

(共通) 2枚目も御送付下さい。

平成 年 月 日

記載者

利用者情報	被保険者番号											
	フリガナ					性別		生年月日		明治・大正・昭和・平成		
	氏名					男・女		年 月 日		年 月 日(歳)		
	住所							電話番号				
	要介護度					障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度			
	要支援、要介護 1・2・3・4・5					自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
	交付日		平成 年 月 日			認定日		平成 年 月 日				
	認定期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日					負担割合 1割・2割				
	公費の有無 負担限度額		生保＝有(併用・単独)・無 / 被爆手帳＝有・無 / 負担限度額認定証＝有・無									
家族情報・緊急連絡先・生活状況	氏名		続柄	同居・別居	住所			連絡先		主介護者○		
				同・別								
				同・別								
				同・別								
				同・別								
【家族関係等で特記すべき事項】												
【生活歴】												
主治医・病歴	病院名				主治医名							
	住所				TEL / FAX							
	既往歴				内服薬							
	【特記事項】											
A D L	歩行	自立・一部介助・全介助			介助具	杖・シルバーカー・車椅子						
	食事	自立・一部介助・全介助			口腔	自立・一部介助・全介助						
	排泄	自立・一部介助・全介助			オムツ使用	無・有(リハビリパンツ・尿取りパット・紙オムツ)						
	入浴	自立・一部介助・全介助			着替え	自立・一部介助・全介助						
	整容	自立・一部介助・全介助			意思疎通	可・不可						

社会福祉法人 小茂根の郷 サービス利用申込書

(共通)

平成 年 月 日

居宅介護支援事業者	事業所名		事業所番号	
	住所			
	TEL / FAX	TEL:	FAX	
	担当ケアマネジャー			

(事業所別) ※ご希望のサービスにチェックを入れ、詳細をご記入ください。

デイサービス	<input type="checkbox"/> こもね在宅サービスセンターの利用を希望します			
	希望利用日	月・火・水・木・金・土		
	希望利用開始日	平成 年 月 日()~		
	乗車時の手段	ステップ乗車・車椅子乗車		
ヘルパーステーション	<input type="checkbox"/> こもねヘルパーステーションの利用を希望します			
	希望曜日	利用希望時間	サービスの型	内容
	希望利用開始日	平成 年 月 日()~		
訪問看護	<input type="checkbox"/> こもね訪問看護リハビリステーションの利用を希望します			
	希望利用日	月・火・水・木・金 週・月 回		
	希望利用開始日	平成 年 月 日()~		
ショートステイ	<input type="checkbox"/> ショートステイの利用を希望します			
	医療処置	在宅酸素・透析・経管栄養(鼻・胃)・人工肛門・インシュリン・吸引 浣腸・導尿・褥瘡処置(仙骨・腸骨・肩・踵・その他: カテーテル(腎臓・尿道・膀胱・胆嚢)		
【気にかかることなどご記入ください】				
【現在利用中のサービス】				
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> ショートステイ				