

利用申込書

おわかりになる範囲で結構ですので、記入またはチェックをお願いいたします。

申込日 平成 年 月 日

申込先		<input type="checkbox"/> グループホーム雲南・ゆりさわ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 雲南ゆりさわ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 大東ゆりさわ <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム 大東ゆりさわ					
利用希望者	氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
	住所				電話		
申込者	氏名				続柄		
	住所				連絡先		
ご本人の状況	介護認定	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー	
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 治療食	
	既往症 (入院歴)				排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ	
	現病名 (健康状態)				入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
					着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
					睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> ときどき不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	かかりつけの医療機関	主治医	病院・医院			ご利用中のサービス・事業所(入所・入院先)	
			診療科				
			医師名				
		その他	病院・医院				
診療科							
		医師名			担当居室	事業所担当者	
職歴・趣味・特技・性格等							
ご家族 氏名		住所	続柄	年齢	連絡先	主介護者 同居	
				歳		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				歳		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				歳		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				歳		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				歳		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
お困りの点・ご希望							
身障手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級 障害名:)							
ご本人の収入状況 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()							
特記事項							