

利用申込書

●網掛項目をご記入ください(おわかりになる範囲で結構です)

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"/> 大東ゆりさわ (<input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所)											
ご本人	氏名	(ふりがな) _____ 様				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日			
	住所							電話	() -				
連絡先	氏名	_____ 様						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 ()					
	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					担当居室	事業所 担当者				
			医師名										
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
様			歳	() -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
様			歳	() -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
様			歳	() -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
様			歳	() -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
様			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									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※受付担当者() ※受付方法(電話・訪問・来所・その他) ※・・・受付事業所記入用