

利用申込書

看護小規模多機能型居宅介護のぞみ

申込年月日		年 月 日			受付者				
利用対象者	フリガナ			男・女	生年月日	M・T・S・H			
	氏名					年 月 日 (歳)			
	住所	〒			電話番号	() -			
介護保険	認定日	保険者番号		負担限度額		負担割合		割	
		被保険者番号							
	要介護度	有効期間		年 月 日 ~		年 月 日まで			
介護認定申請中 (初回・更新・区変) : 申請日 年 月 日									
医療保険		<input type="checkbox"/> 国保・社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 高齢者 (前期・後期) <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位所得							
申込者・家族	フリガナ			続柄	電話番号				
	氏名				携帯番号				
	住所	〒							
	家族環境	主介護者 :			連絡先				
同居家族 : 有 人									
無 (独居)									
家屋状況 :		戸建て・借家・アパート・他 ()							
経済状況		年金種別 (国民・厚生・船員・共済・その他 () 年金以外の収入 有・無							
現在の利用事業所		担当ケアマネ :		連絡先		福祉用具		事業所 担当者	
現在の状況 ご利用サービス		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) 担当 SW () <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ディケア <input type="checkbox"/> その他 ()							
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 他 ()							
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (自力・介助) <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おしめ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ							
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 分からない							
視力	見える・見えない (盲)	聴力	聞こえる・聞こえない (聾)		嚥下機能	嚥下状態 (良い 悪い)			
	なんとか見える	聴力	何とか聞こえる			とろみ有・無 (濃い、中、薄い)			
	眼鏡 有・無		補聴器 有・無			義歯有・無 (総・部分) 自歯有・無			
身長 cm 体重 kg (測定日)		食事形態		普通食 やわらか食 ムース食 流動食					
嗜好		日頃の食量							
酒・たばこ									

疾病状況	主病名		主治医	
			病院名	
			連絡先	
	アレルギー	有・無	服薬状況 (処方箋コピー可)	
	感染症	有・無		
吸引	有・無			
認知症診断：有 ()・無		認知症日常生活自立度：Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
既往歴 及び 生活歴				
支援が必要な 具体的症状 (困っている 事)				
希望サービス	① 通い (デイサービス)	<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・祝		
	② 泊り (ショートステイ)	<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・祝		
	③ 訪問看護	<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・祝		
	④ 訪問介護	<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・祝		
本人の思い (どうありたい か)				
家族の思い (どうあってほ しいか)				
その他	サービス開始希望日 年 月 日			
利用料の 支払方法	<input type="checkbox"/> 中国銀行引き落とし <input type="checkbox"/> 中国銀行振込み <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書渡し (済 ・ 未)			

上記申し込みを行います。また、個人情報の取り扱いについて下記に同意します。

申込者 (家族) 氏名 _____ ご本人との関係 _____

「個人情報の取り扱いについて」

提供いただきました情報は、円滑な施設運営のために利用します。ご本人の施設利用のために、行政、医療機関、関係機関との連携の場合に利用します。法令に基づく場合及び本人、生命、健康、財産を脅かす可能性のある場合を除き、本人の同意を得ることなく他の目的のために私用いたしません。

申し込みの問い合わせ 社会福祉法人 岡山博愛会

看護小規模多機能型居宅介護 のぞみ TEL : 086-206-4161 FAX : 086-206-3401