

多機能ホーム ぶらんこ北五泉申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな			
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭： 年 月 日生(満 歳)
利用者住所	新潟県 電話番号		
申込氏名	続柄		
申込者住所	県	電話番号 携帯番号	
サービス開始希望日	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用希望 <input type="checkbox"/> 年 月 日からの利用希望 <input type="checkbox"/> 未定		
利用目的及び理由			
現在の疾患と病状など			
介護保険	認定市町村( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 介護番号 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日まで		
居宅介護事業所	事業社名( ) 担当ケアマネージャー( ) 連絡先 ( )		
かかりつけ医など	病院名( ) 医師名( ) 科 [医療保険の状況] <input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他( ) 手帳等( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 身障手帳 級、 療育手帳 級		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無 ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 ) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 )		
同居者の状況	氏名	年齢	続柄
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> マンション・アパート・ハイツ <input type="checkbox"/> 歩行補助用具(杖・三点杖・歩行器・シルバーカー) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 <input type="checkbox"/> その他特記( )		
現在の利用サービス	通所介護(事業所名： ) 週 回 訪問看護 週 回 通所リハビリ(事業者名： ) 週 回 住宅改修箇所 訪問介護(事業者名： ) 週 回 レンタル用品		
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 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 ②泊まり(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 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 ③訪問(ホームヘルパー) <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 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 内容 <input type="checkbox"/> 家事援助( ) <input type="checkbox"/> 身体介護( )		
その他特記事項			

※当てはまる口にチェックを入れてください。