

サンケア上荒屋 / ルナ・ステーション上荒屋 利用申込書

地域密着型特別養護老人ホーム・看護小規模多機能型居宅介護事業所 令和 年 月 日

サンケア上荒屋/ルナ・ステーション上荒屋 管理者 殿

氏名 印 続柄

【申込者】 住所 〒

電話番号 携帯電話

下記の通り、利用申込いたします。

フリガナ		性別	男・女	要介護度	
利用希望者氏名		生年月日	T・S	年	月 日 歳
住所 〒		電話番号			
ご家族代表者	氏名	続柄		携帯電話	
	住所 〒	電話番号			
現在、担当のケアマネジャー	①いる(下記ご記入ください)		②いない		
	事業所名	担当者名			
現在の状況	①自宅にいる : [独り暮らし ・ ご家族と同居]				
	②施設・病院にいる : 施設・病院名 [] 入居・入院期間[年 月 日 ~]				
上記で①自宅にいるの場合在宅介護サービスのご利用状況をご記入ください	①訪問介護(日/週) ②訪問看護(日/週) ③訪問入浴(日/週)				
	④デイサービス(日/週) ⑤デイケア(日/週)				
	⑥ショートステイ(日/月) ⑦その他()				
かかりつけ医					
病歴 ※現在行っている医療処置等があればご記入ください					
食事	自立	一部介助	全介助	主食(常飯 軟飯 お粥 ミキサー)	
	箸	スプーン	フォーク	副食(常菜 軟菜 きざみ ミキサー)	
排泄	自立	一部介助	全介助	布パンツ パット 紙パンツ オムツ	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴 機械浴(座位 臥床)	
移動	自立	一部介助	全介助	自立 杖 歩行器 車椅子	
認知症	無 ・ 有 [脳血管性 アルツハイマー レビー小体型 その他]				
	【症状】	物忘れ	徘徊	介護抵抗	暴言・暴力
		幻視・幻聴	不潔行為	火の不始末	その他
その他 ※どのように暮らしていきたいか等、ご希望があればご記入ください					

※申込の際は介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の写しを一緒にご提出ください。

受付者