

看護小規模多機能型居宅介護事業所 サンケア兼六 利用申込書

看護小規模多機能型居宅介護事業所
サンケア兼六 管理者 殿

令和 年 月 日

【申込者】	氏名	印	続柄
	住所	〒	
	電話番号	携帯電話	

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 箸	一部介助 スプーン	全介助 フォーク	主食(常飯 軟飯 お粥 ミキサー) 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 妄想 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