



□小規模多機能型居宅介護事業所 わいわいがやが家 甘呂 利用申込書

□ショートステイ利用申込書 ショートステイ利用の方はグレーの部分は記入不要

ふりがな			
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明 □大 □昭： 年 月 日生(満 歳)	
利用者住所	県 市・郡 番地の	電話番号() 携帯電話番号()	
ふりがな			
申込者氏名	続柄()		
申込者住所	県 市・郡 番地の	電話番号() 携帯電話番号()	
サービス開始希望日	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用希望 <input type="checkbox"/> 年 月 日から利用希望 <input type="checkbox"/> 未定		
利用目的及び理由			
利用にあたってのご希望や思い	本人： 家族：		
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 □1 □2 有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 要介護 □1 □2 □3 □4 □5		
居宅介護支援事業所	・事業所名() ・担当ケアマネジャー() 電話番号()		
医療に関する事(かかり付け医等)	・医院名() ・医師名() 【医療保険の状況】 <input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他() 手帳等(□有 □無) 障がい手帳 級、精神手帳 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・親戚などの状況	氏名	年齢	続柄
住宅の情報福祉用具等	<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	<input type="checkbox"/> 通所介護 週()回(事業所名：) <input type="checkbox"/> 訪問介護 週()回(事業所名：) <input type="checkbox"/> 住宅改修箇所 ()箇所(特記事項：) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週()回(事業所名：) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週()回(事業所名：) <input type="checkbox"/> レンタル用品() ・その他()		
希望サービス	小規模多機能	①通い □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □緊急時 □何曜日でも可 ②泊まり □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □緊急時 □何曜日でも可 又は 年 月 日～ 年 月 日 ③訪問 □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □緊急時 □何曜日でも可 内容 □家事援助() □身体介護()	
その他特記事項			

()内等ご記入ください。また、当てはまる□にチェックを入れてください。

健康診断書を添付して下さい。(6か月以内であれば、コピーでも可)