

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 あったかステーション24 利用申込書

申し込み年月日 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	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 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 有効期間 : 年 月 日から 年 月 日まで <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		
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(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> その他()		
希望サービス	訪問 <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"/> 緊急時 <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			

()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)