

小規模多機能ホームごりょうの家 利用申込書

受付日 年 月 日

ふりがな				
利用者氏名		男 女	大正 昭和	年 月 日生()歳
利用者住所	〒 -			TEL(自宅) TEL(携帯)
ふりがな				
家族氏名				続柄()
家族住所	〒 -			TEL(自宅) TEL(携帯)
サービス開始 希望日	今すぐ利用希望 ・ 年 月 日から利用希望 ・ 未定			
介護保険	申請中 要支援1 ・ 要支援2 (有効期間 から) 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 (有効期間 年 月 日から 年 月 日)			
	障害高齢者の日常生活自立度：自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度：自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M ※主治医の意見書を参照ください			
紹介先	事業所名() 担当者() ・ 連絡先()			
主治医	病院名() 主治医名() ・ 連絡先()			
現在の居住	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有 ・ 無)		備考	
	<input type="checkbox"/> 入所中(施設名：)			
	<input type="checkbox"/> 入院中(病院名：)			
本人の状況	(困っていること、心配なこと 等)			
主な疾患				
経済状況	就業中 ・ 年金 ・ 生活保護 ・ その他()			
サービス等の利 用状況	<input type="checkbox"/> 福祉サービス(サービスの種類) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他()			