

小規模多機能ホーム 陽だまり 利用申込書

受付番号	NO.
受付日	令和 年 月 日
担当者	

申込者記入	申込み日	令和 年 月 日			住所	〒 —			
	フリガナ					連絡先	自宅		
	氏名				携帯				
	性別	男 ・ 女	続柄						

【基本情報】

利用 予定者・ 本人の 状況	フリガナ				性別				生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)									
	氏名				連絡先	自宅				携帯									
	住所	〒 —			現在の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居			現在の住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 施設									
	現在の収入	国民年金 厚生年金 共済年金			恩給 遺族年金 給与 その他														
	要介護度	自立	申請中	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5													
	保険者				認定 有効期限	令和 年 月 日 から													
	被保険者番号					令和 年 月 日 まで													
	居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない ・ <input type="checkbox"/> 利用している (利用している方は、お答えください)																	
		<input type="checkbox"/> ホームヘルパー 回/週			<input type="checkbox"/> デイサービス 回/週			<input type="checkbox"/> ショートステイ 回/月			<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月			<input type="checkbox"/> 福祉用具			<input type="checkbox"/> その他		
	居宅介護支援事業所				介護支援専門員氏名														
	かかりつけ医	無 ・ 有		医療機関名						担当医									
	主な疾患名と既往歴	現病																	
		既往歴																	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病(食事療法・インスリン療法) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素																	
	医療上の特記事項																		
入所申込み理由																			
サ高住入居希望	第一希望	タイプ		第二希望	タイプ		喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本)											
家賃の支払い	<input type="checkbox"/> 本人負担		<input type="checkbox"/> 一部縁者負担		<input type="checkbox"/> 全額縁者負担		経費負担者	氏名 (続柄)			住所								
確認事項	<input type="checkbox"/> 利用後にサービス付き高齢者向け住宅を利用しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																		