

申込年月日：令和 年 月 日

事業所名：小規模多機能 ふるまい村

利用申込書

下記の通り、小規模多機能居宅介護の利用を申し込みます。

ご利用者名				性 別		生年月日					
(フリガナ)				男・女		明治 大正 昭和 年 月 日 (満 歳)					
住 所		〒				電話番号					
介護認定		要支援(1 ・ 2)				認定有効期間					
		要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				年 月 日 ~ 年 月 日					
		被保険者番号									
		介護認定申請中(月 日申請)				申請予定日(月 日頃)					
居宅介護支援事業所						居宅介護支援専門員氏名					

◆ 申込者 (ご家族、利用代理人)

(フリガナ)			続 柄		生年月日		明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)	
住 所		〒			連絡先		携帯()	

【個人情報取得・提供の同意】

利用判定及びサービス提供のための必要な範囲において、利用希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等その他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。

年 月 日

ご利用者名 _____ 印

ご家族・利用代理人 _____ 印

1、医療状況

現在または 今までに 罹った病気	病 名	医療機関	いつ頃(年齢)
主治医	医療機関名	医師名	連絡先

2、身体状況

食 事	主食（ ご飯 お粥 ミキサー ）	移 動	独歩 杖 手引き 歩行器 車いす
	副食（ 常食 一口大 刻み ミキサー ）	寝 具	布団 ベッド
排 泄	尿意（ 有 無 ） 便意（ 有 無 ）	視 力	
	着衣（ 布パンツ リハビリパンツ オムツ ）	聴 力	
入 浴	動作（ 自立 見守り 介助 ）	意思疎通	
	更衣（ 自立 見守り 介助 ）		

3、認知症状および精神面について

5、現在の状況および今お使いのサービス

現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 自 宅（主介護者： ）	<input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）
	<input type="checkbox"/> 入 院 中（病院名： ）	<input type="checkbox"/> そ の 他 （ ）
利用中の サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス（事業所名： 利用頻度： 週 回程度 ）	
	<input type="checkbox"/> 訪 問 介 護（事業所名： 利用頻度： 週 回程度 ）	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ(事業所名：)	
	<input type="checkbox"/> 福 祉 用 具 （ ）	
	<input type="checkbox"/> そ の 他 （ ）	

○お問合せ先：**小規模多機能 ふるまい村**

〒954-0076 新潟県見附市新幸町7-11

電話 0258-86-8699 FAX 0258-66-8845