

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 年 月 日 (歳)	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) 更衣 (自立 見守り 介助)	意思疎通	

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