

みこころの園南山形小規模多機能型居宅介護事業所 管理者様

利用申込書(現況調査票)

※下記により貴事業所に申し込みます。

利用希望者(本人)の状況	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所(住民登録している住所)	〒		申込時年齢	満 才	
	電話	[]	要介護状態区分	要支援 1・2		
		[]		要介護 1・2・3・4・5		
		[]		申請中		
	介護保険被保険者番号			認定有効期	年 月 日~	
	居宅介護支援事業者				年 月 日	
	現在利用している居宅サービス※□内に事業者名を記入してください	種 類	使用頻度	事 業 所 名		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月			
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回/月			
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月			
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回/月			
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回/月			
		<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	回/月			
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		回/月				
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		回/月				
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		回/月				
<input type="checkbox"/> 福祉用具		回/月				
<input type="checkbox"/> その他	回/月					
現況 現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅					
	<input type="checkbox"/> 病院又は老人保健施設等	名称				
		時期	年 月から			
	担当支援相談員又はケースワーカー等氏名					
※今後の予定						
身障手帳	無・有(級)	障がい名等				
後期高齢者医療被保険	無・有					
重度心身障害者医療証	無・有					
精神保健福祉手帳	無・有					
利用希望時期	今すぐ・1年以内・3年以内・その他()					
居宅における介護期間	介護が必要となった時期		年 月から			
	<input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満					
申込理由						

心身の状況調査票

氏名: _____ 様

身体状況	視聴覚言語	視覚	普通	見えにくい	全盲		
		聴覚	普通	やや難聴	難聴		
		意思疎通	普通	少し不自由	不自由		
	麻痺拘縮	言語					
上肢		右・左					
移動・睡眠	方法	自立	杖	歩行器	車椅子		
		その他:					
	床上動作	立位	可	要介護	不可		
		座位	可	要介護	不可		
寝返り		可	要介護	不可			
睡眠状態	睡眠状態	良民	時々眠れない	不眠			
	寝具	布団	ベッド				
	体位交換	要・不要					
食事	種類	主食	常食	粥	ミキサー		
		副食	常食	刻み	ミキサー	トロミ	
	方法	箸	スプーン	フォーク	その他:		
	介護程度	自立	一部介助	全介助	見守り	声がけ	
	量	普通					
	歯	制限あり	理由:				
		自歯	入れ歯	歯茎			
	口腔ケア						
	禁止食品						
	嗜好	麵	パン	牛乳			
	嚥下障害	無	有				
	服薬	無	有				
排泄	排尿(昼)	トイレ・ポータブル・布パンツ・リハビリパンツ(パット有無)					
	排尿(夜)	トイレ・ポータブル・布パンツ・リハビリパンツ(パット有無)					
	排便	普通・便秘(間隔 日)/下剤使用					
	介助	自立	一部介助	全介助	見守り	声がけ	
	尿意	有	時々有	無			
	便意	有	時々有	無			
	失禁	有	時々有	無			
じょくそう	有	無					
入浴	方法	個浴	チェア浴	ストレ浴			
	入浴介助	自立	一部介助	全介助	見守り	声がけ	
	着脱介助	自立	一部介助	全介助	見守り	声がけ	
	その他						
認知症	認知症	有	無				
	診断された時期		年 月 頃	受診機関			
	服薬						
	その他						
主な病歴	入退院・発病時期	医療機関		病名			
かかりつけ医	医療機関名						
	病名						
	診察科目						
	服薬	有・無				有・無	
	必要な医療	無・有()				無・有()	

みこころの南山形小規模多機能型居宅介護事業所
家族の状況

氏名:

家族構成	氏名	年齢	続柄	同・別居	職業・連絡先	要介護度等
主たる介護者の状況	氏名:	続柄:		連絡先:		
	就業時間	<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 無				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療(ヶ月程度)(病名:) <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療(ヶ月程度)(病名:) <input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する(病名:				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有(級・障害の種類) <input type="checkbox"/> 無				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 常時の育児・看病の必要な家族がいる※育児は小学生以下の場合 <input type="checkbox"/> 半日程度の育児・看病の必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 随時の育児・看病の必要な家族がいる。				
家族の協力者の有無	同居親族 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり 別居親族 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり					
連絡先	住所	〒				電話
	氏名					
	勤務先					電話
備考	申し込みをしている施設すべてにチェックしてください。					
	<input type="checkbox"/> 愛日荘 <input type="checkbox"/> とかみ共生苑 <input type="checkbox"/> みこころの園 <input type="checkbox"/> グループホーム() <input type="checkbox"/> いきいきの郷 <input type="checkbox"/> 七日町こまくさ園 <input type="checkbox"/> 鈴川敬寿園 <input type="checkbox"/> 小規模多機能() <input type="checkbox"/> 蔵王やすらぎの里 <input type="checkbox"/> ながまち荘 <input type="checkbox"/> 滝山なごみの里 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> サンシャイン大森 <input type="checkbox"/> なごみの里 <input type="checkbox"/> やすらぎの里金井 <input type="checkbox"/> 菅沢荘 <input type="checkbox"/> 六日町あいあい <input type="checkbox"/> 飯塚なごみの里					受付者
						年 月 日 印

○個人情報提供同意欄

小規模多機能型居宅介護の利用を適正にすすめるため、利用の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村に対し、居宅サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況等の情報を求め、又は利用申込書の内容を情報提供することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

○説明確認書

私は、利用申し込みの際に、利用申し込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法について、事業所から説明を受けました。

平成 年 月 日 氏名 印

○代行者(本人に代わってこの申し込み書を記入された場合は、次の欄を記入してください。)

氏名			本人との関係	
住所	〒			
	電話番号:			ファックス番号: