

亀岡清泉荘 認知症対応型共同生活介護 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

申し込み者	名前		担当ケアマネジャー				
	住所		電話番号				
	電話番号		FAX				
利用希望者	(フリガナ)		性別	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	氏名		男・女	電話番号 携帯			
	住所						
	介護保険	被保険者番号		要介護区分 支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中⇒(申請日)			
		設定日 H 年 月 日		有効期間 H 年 / ~ H 年 /			
	健康保険	記号・番号					
	年金等						
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居 期間 ~					
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院・施設の名称					
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間 ~					
	<input type="checkbox"/> サービス利用中		<input type="checkbox"/> デイサービス 週 回		<input type="checkbox"/> ショートステイ頻度		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護週 回		時間(内容:)				
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回		時間(内容:)				
身元引受人	氏名	続柄	住所			電話番号	
	氏名(フリガナ)	続柄	年齢	商業	住所	電話番号	
家族状況							
生活状況						家族構成	
	利用を希望する時期・状況 <input type="checkbox"/> 今すぐ契約したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までは利用したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる						
利用を希望する理由							
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ずれ(褥瘡) <input type="checkbox"/> その他						
	治療中の病気			既往歴			
	現在服用中の薬			年ごろ			
	かかりつけ医	病院・医院			先生	電話	
	その他医療機関	病院・医院			先生	電話	