小規模多機能型居宅介護
りんごっこ寿楽荘　利用申込書

社会福祉法人　寿栄会
りんごっこ寿楽荘　　管理者　殿

受付日	平成　　年　　月　　日
受付者	㊞

申請者（連絡先）	住　所	〒　　－
	氏　名	（続柄　　）
	電　話	（　　）
	携帯電話	―　　―

貴事業所の利用を希望するため、次のとおり申し込みます。

（フリガナ）		性別	保険者	八戸市　・　その他（　　）	
入所希望者 氏　名		男・女	被保険者番号		
			要介護度	要支援（1・2）　要介護（1・2・3・4・5）　申請中	
生年月日	明・大・昭　　年　月　日　歳		認定有効期限	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日	
住　所	〒　　－ 【電話番号】　　（　　）				
居宅介護支援事業所	居宅サービスを利用されている場合、事業所名・担当ケアマネージャー名を記入してください。				
	事業所名		担当者名		
生活環境	□　在宅（独居　・　夫婦のみ　・　家族と同居　・　別居だが敷地内または近隣に家族がいる　・　その他 在宅サービスの利用状況（　利用なし　・　利用あり　　）				
	□　医療機関（病院　・　老健　・　その他　　） 病院（施設）名　　【利用開始日】平成　　年　　月　　日				
医療状況	かかりつけ病院		診療科		
	主な疾病				
	医療的管理	□経管栄養（鼻腔　・　胃ろう）　□吸引　□褥瘡（床ずれ）　□バルーンカテーテル □在宅酸素　□糖尿病　□人工肛門　□IVH　□人工呼吸器　□末期がん　□気管切開 □人工透析　□その他（　　）			
身体状況	食事	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	
	排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　（トイレ・ポータブル・パッド・リハビリパンツ・オムツ）			
	移動	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　（杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・寝たきり　　）			
	その他				
精神状況	認知症	記憶障害　□無　□有　（ 失見当識　□無　□有　（　　）			
	主症状	□徘徊　□暴言・暴力　□不潔行為　□自傷行為　□せん妄　□昼夜逆転　□異食行為　□収集癖 □妄想　□幻覚・幻聴　□奇声　□作話　□性的行為　□その他（　　）			
希望する利用形態	・通い（　　回／週　：　　）				
	・訪問（　　回／週　：　　）				
	・宿泊（　　回／週　：　　）				
備　考					

社会福祉法人　寿栄会