

看護小規模多機能 利用申込書

令和 年 月 日

医療法人 藤仁会

介護保険事業所番号 1191600053

藤の郷あげお 担当者宛

〒362-0017 上尾市二ツ宮897-4

TEL 048-793-5751

FAX 048-793-5752

フリガナ		性別	生 年 月 日		
利用者氏名		○男 ○女	○M ○T ○S	年	月 日(歳)
介護度	要介護() 要支援() 申請中	現在の状況	○在宅 / ○入院中		
利用者住所			TEL		
家族の氏名		続柄	自宅電話	携帯電話	
住所			緊急連絡先		
家族構成		生活状況			
利用希望内容 (通所、訪問、 宿泊など)					
主治医情報	医療機関名:	科	主治医氏名:		
他科診療情報	*主治医の他、受診歴あれば記入してください				
診断名 既往歴	1.	感染症の有無	○あり ○なし ※有の場合は具体的に記入してください		
	2.				
	3.				
	4.				
認知症	○あり ○なし	周辺症状	○あり ○なし		
麻痺	○あり ○なし	着脱衣	○あり ○なし		
拘縮	○あり ○なし	立位	○自立 ○一部介助 ○全介助		
視力	○普通 ○見えにくい ○見えない ○不明	歩行	○杖 ○車椅子 ○歩行器		
聴力	○普通 ○聞き取りにくい ○聞こえない ○不明		○自立 ○一部介助 ○全介助		
食事	○自立 ○一部介助 ○全介助	排泄	○自立 ○一部介助 ○全介助		
	○主食 ○常食 ○刻み ○極刻み ○ミキサー		○トイレ ○リバン ○オムツ		
	○副食 ○常食 ○刻み ○極刻み ○ミキサー	尿意	○あり ○なし		
制限	○あり ○なし ()	便意	○あり ○なし		
内服状況	※薬剤情報提供書のコピー添付でも可。				
特記すべき 事項	※主治医からの注意事項を記入してください。				
居宅介護支援事業者情報					
貴事業社名		担当	介護保険事業者番号		
所在地			電話		
			FAX		