

藤の里「結い」小規模多機能ホーム 登録申込書

電話 来所 訪問

登録希望者	ふりがな		性別	生年月日			
	氏名		男 女	M T S	年	月 日 歳	
	住所	〒 _____					
	電話番号						
	要介護認定の有無	あり(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) ・ 申請中 ・ なし					
	介護保険利用歴	あり(_____) ・ なし					
	主病名						
	日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(一般浴 リフト浴)	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(オムツ 紙パンツ その他)	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(杖 歩行器 車いす)	
	認知症の有無	あり(_____) ・ なし					
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他						
感染症の有無	有(_____) 無						
現在の状況	在宅 ・ 病院(_____) ・ 施設(_____) ・ その他(_____)						

相希望 談内す 容るサ ービ ス	相談内容	
	通いサービス	
	宿泊サービス	
	訪問サービス	

ご相談者	氏名		ご利用者との関係	
	住所	〒 _____		
	電話番号	自宅/ _____	携帯/ _____	
	紹介先			

ご希望欄に○を付けてください。

1日体験の申し込み *希望者送迎可(時間応相談)	希望しない	
	通いサービス *食費(朝¥350 昼¥500 夕¥500 おやつ¥150)のみでご利用頂けます。 *ご希望日時をお知らせください。 (_____)	
	宿泊サービス *食費(朝¥350 昼¥500 夕¥500 おやつ¥150)宿泊費(1泊¥2000)でご利用頂けます。 *ご希望日時をお知らせください。 (_____)	

申込日	平成 年 月 日	受付者名
-----	----------	------