

小規模多機能型居宅介護 たんぽぽの郷 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

小規模多機能型居宅介護事業所 たんぽぽの郷を利用したいので、次のとおり申し込みます。

※口の箇所はレ点チェックをお願いします。

○本人の状況

記入日	平成 年 月 日	被保険者番号(10桁)									
(フリガナ)		性別	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
氏名		男・女	要介護 認定期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで			
生年月日	大・昭 年 月 日	担当介護 支援専門員 氏名	事業所名								
		氏名									
現住所	〒										
電話番号				FAX番号							
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所または病院に入院している ※『施設や病院に入っている方』は、以下を記入して下さい。 ・施設名または病院名 _____ ・所在地(市区町村のみ) _____ ・入所または入院時期 : 平成 年 月 日から、入所・入院している。 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用している <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していない ※介護サービス利用している方は、下記の記入も合わせてお願い致します。										
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 週()回 <input type="checkbox"/> 通所リハ 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問介護 週()回 <input type="checkbox"/> 配食サービス 週()回 <input type="checkbox"/> ショートステイ頻度()										
かかりつけ医	医療機関				医師名						
病歴	病歴	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過							
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了								
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了								
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了								
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了								
認知症に関する状況	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症診断名								
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	受診頻度								
	医療機関				主治医						
		<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話を作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で外へ出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない									

→裏面へ

日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)	
		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車椅子		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない	
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可	
		<input type="checkbox"/> その他()		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	
		<input type="checkbox"/> 咽込みあり <input type="checkbox"/> 咽込みなし		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにく <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	
	趣味嗜好	趣味				
喫煙			飲酒		宗教	
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> その他()					
サービス利用についての希望	①通い	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日				
		<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 生活相談・指導 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> その他()				
	②泊まり	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他(回) / <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月				
	③訪問	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他(回) / <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月				
<input type="checkbox"/> 家事援助() <input type="checkbox"/> 身体援助()						

○主たる介護者

(フリガナ)		性別	本人との関係	
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:			
【利用を希望する理由】※必ずご記入ください。				

○申込者(連絡先)※今後、この連絡先に連絡させていただきます。

氏名		
住所	〒 -	
電話	①(自宅・携帯)	②(自宅・携帯)

施設記入欄	受付番号 : 受付日 : 受付者 :
-------	--------------------------