

かんたき 企 申込書

申込者

(ふりがな) 氏名	(利用希望者との続柄) ()
住所	〒
電話番号	

利用希望者氏名	ふりがな	性別 男・女 (年齢 歳)
		生年月日 明・大 年 月 日 昭・平
住 所	〒	
電話番号	緊急連絡先	
申込理由	(利用者の状態と家族介護の状況など)	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身 ・ 同居)	
	<input type="checkbox"/> 自宅外 施設名(病院名)	
	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> すぐに利用しなくてもよい(年 月頃)	
	<input type="checkbox"/> 当施設以外にも申し込んでいる()	
介護保険	被保険者番号	
	認定区分 申請中 区分変更中 要介護 1 2 3 4 5	
	認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	居宅介護支援事業所 担当ケアマネ	
	利用中のサービス	
	負担割合 1割 2割 3割	
健康保険	(種別)	(保険者名)
年金給付	(種別)	(月額) 円
障害者手帳	有(級) ・ 無	
健康状況	かかりつけ医	病院名 主治医
	病 名	
	医療処置	人工呼吸器・酸素吸入()・吸引・創処置・その他()
	視 力	普通 やや難 難
	聴 力	普通 やや難 難
	麻 痺	有 無
	口 腔	自歯 部分入れ歯 総入れ歯

日常生活状況	歩行		独歩	杖	歩行器	車椅子	その他	
	排泄	排尿	日中	：トイレ	ポータブルトイレ	オムツ	カテーテル	
		夜間	：トイレ	ポータブルトイレ	オムツ	カテーテル		
	排泄	排便	日中	：トイレ	ポータブルトイレ	オムツ	カテーテル	浣腸
		夜間	：トイレ	ポータブルトイレ	オムツ	カテーテル		
	入浴	自力	一部介助	全介助				
	食事	自力	一部介助	全介助				
認知症状	無	有（具体的な症状）						
金銭管理	自力	一部介助	全介助					

同居家族の状況	氏名	年齢	続柄	勤務先(学校名)	TEL(携帯)

別居家族の状況	氏名	年齢	続柄	住所	TEL(携帯)

留意事項	<p>本利用申込書に記載した事項に変更があった場合、下記に連絡をしてください。</p> <p>連絡先 看護小規模多機能型居宅介護 かんたき 厩 開設準備室 TEL 047-355-0693 FAX 047-355-0694 担当者 鎌田 和枝 ・ 神田まゆみ</p>
------	---

利用申込みに係る同意	<p>私は、貴事業所申し込みの際し、申し込みから利用契約までの手続きの説明を受けました。なお、貴事業所が必要な範囲において、わたし(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当の居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>利用希望者 ㊞</p> <hr/> <p>利用希望者の家族 ㊞</p>
------------	---