

小規模多機能型介護ナイスディニ階町 利用申し込み書

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)				
利用希望者氏名		男	明・大・昭 年 月 日 ()				
		女					
住所	〒	電話 () -					
申込者	利用希望者との関係						
住所	〒	電話 () -					
利用希望者について							
現 状	一人暮らし・同居者あり				退院間じか(入院先)		
	介護認定	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
	要介護5	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
現在利用中の介護サービスがあれば記入	事業者名						
	在宅サービスの内容	ヘルパー 住宅改修	デイサービス 福祉用具レンタル	通所リハビリ 他	ショートステイ		
契約居宅介護支援事業所があれば記入	事業所名						
	ケアマネージャー名						
医療の状況	(内容)						
	かかりつけ主治医						
身体等の状況	日常生活	歩行	自立	一部介助(歩行器・車椅子使用)		不可能	
		食事	自立	一部介助	全介助	()	
		排泄	自立	一部介助	全介助	()	
		着替え	自立	一部介助	全介助	()	
		入浴	見守り	一部介助	全介助	()	
	身体状況	聴覚	正常	他(左・右) () (補聴器)		不可能	
		視覚	正常	他(左・右) () (メガネ) (コンタクト)		不可能	
		麻痺	有・無	部位: 手(左:右) 足(左:右)		言語	
		認知症	有・無	記憶障害(物忘れ:日時:場所) 徘徊 妄想 暴力		言語障害	
		感染症	有・無	不潔行為 理解力低下 (症状:)			
特記事項							
緊急連絡先	氏名	年齢 ()					
	住所	電話() -					
	入居者との関係						

※ ①利用申込書をいただいた後、ケアマネージャーが面談いたします。②申込者、身元保証人に面談します。③申込者に健康診断を受診していただきます。その後利用の判定結果を連絡いたします。

* 申し込み(郵便・FAX)先 〒708-0024 岡山県津山市二階町23-3
 小規模多機能型居宅介護ナイスディニ階町
 TEL:0868-35-2001 FAX:0868-35-2002