

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

小規模多機能施設 福の木
所長 池田 泉 殿

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和
現 住 所	〒 ー 電話番号		
本 籍			
介護 保険 認定 情報	被保険者番号	保険者	番号
			名称
	要介護認定区分	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	
	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (認定日 年 月 日)	
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (入所日 令和 年 月 日 施設名) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (入院日 令和 年 月 日 病院名)		
主な病気			
医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()		
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称	担当者氏名	
		電話番号	
居 宅 サ ー ビ ス 等 の 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(回/月)		
介護者の状況 (身元引受人)	ふりがな	性別	生 年 月 日
	氏 名	男・女	明治 大正 年 月 日生(歳) 昭和
	住 所	〒 ー 電話番号	
		続柄	
	利用を希望する理由及び希望サービス		

3 認知症状の状況	
ア 自分の部屋やトイレ等の場所を間違える。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
イ 落ち着きがなく、家の中をうろうろする。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ウ 外出して、迷子になることがある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
エ 昼と夜の区別がつかないで、夜 声を出す。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
オ 物をしまい忘れ、なくなったと言って騒ぐ。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
カ オシメはずしや使いじりなど、不潔な行動がある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
キ タバコやマッチなど火の不始末がある。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ク 事実でないことを事実だと思い込む。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ケ 何でも物を集めてきて、しまいこむ。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
コ 食事をしたことを忘れ、すぐ食べたがる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
サ 目にふれる物を何でも口に入れたがる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
シ 介護等の際、抵抗したり攻撃的な行動をとる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
ス ひとりごとを言う。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
セ 興奮し騒ぎたてる。	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない

4 家族及び近親者の状況						
	氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号
同居者						
近親者						

私は、貴施設の利用を申し込みます。また、貴施設が他機関から私共の個人情報を収集することを了解いたします。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

続柄

電話番号

健 康 診 断 書

氏 名		男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日 (歳)
住 所							
検査項目	1 結核						
	2 MRSA						
既往症	現在治療中の疾病	1	発病	年	月	日	
		2	発病	年	月	日	
		3	発病	年	月	日	
		4	発病	年	月	日	
		5	発病	年	月	日	
	病状の概要						
医師の所見(与薬・生活上の留意事項)							
上記のとおり診断します。							
令和 年 月 日							
住所							
医療機関名							
医師氏名							
(印)							