

荒江の家  
すみれの花

利用申込書

令和 年 月 日

申込者 住 所

氏 名 続柄

電話番号

携帯番号

利用希望者氏名	フリガナ	介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ
		生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)
本人住所連絡先	〒	電話番号	携帯番号
上記以外の連絡先	〒	電話番号	携帯番号
担当ケアマネジャー	事業所名	氏名	続柄
		担当者	電話番号
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
原爆・障がい手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 無		
本人の現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 介護医療院 (介護療養型病棟) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 施設名・病院名 ( )		
日常生活状況	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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	家族構成	
認知症診断名		診断された病院名	
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	医師名	
病歴	現在の治療 (服薬情報)	既往歴 (これまでの病歴)	
かかりつけの病院	病院名	電話番号	医師名
特記事項			

※介護保険証のコピーを添付願います