

- 荒江の家
- すみれの花

両施設選択も可能です

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申込者

住所 福岡市早良区〇〇丁目〇-〇

※ご不明な箇所は空欄で結構です

氏名 福岡 太郎 続柄 長男

電話番号 092-0000-0000

携帯番号 090-0000-0000

利用希望者氏名	フリガナ <b>フクオカ ハナコ</b>	介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>福岡 花子</b>	生年月日	M・T・ <b>(S)</b> 〇年〇月〇日 (〇才)
本人住所連絡先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市早良区〇〇丁目〇-〇	電話番号	092-0000-0000 携帯番号
上記以外の連絡先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市早良区〇〇丁目〇-〇 氏名 福岡 太郎	電話番号	092-0000-0000 携帯番号 090-0000-0000 続柄 長男
担当ケアマネジャー	事業所名 〇〇ケアプランセンター	担当者	〇〇ケアマネ 電話番号 092-0000-0000
医療保険	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 施設名・病院名 ( 〇〇病院 )		
日常生活状況	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	家族構成 父 — 母 (本人) ├── 長男 ├── 長女 └── 次男	
認知症診断名	<b>アルツハイマー型認知症</b>	診断された病院名 〇〇病院	
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	医師名 〇〇先生	
病歴	現在の治療 (服薬情報) 高血圧症 糖尿病 アルツハイマー型認知症	既往歴 (これまでの病歴) R 1.12 左大腿骨骨折 5年前 脳出血	
かかりつけの病院	病院名 〇〇病院	電話番号 092-0000-0000 医師名 〇〇先生	
特記事項	お伝え頂きたいことなどをご記入ください		

※介護保険証のコピーを添付願います