

看護小規模多機能型居宅介護 かんたき ゆいまーる 申込書
 (裏表ありますので、ご記入お願いします)

年 月 日

申込者									
フリガナ		住所 〒							
氏 名									
利用者との続柄		連絡先 (電話/メール)							
身元引受人 ※申込者と同じ場合は記入不要です。									
フリガナ		住所 〒							
氏 名									
利用者との続柄		連絡先 (電話/メール)							
利用者									
フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日					
氏 名		男・女	年 齢	(歳)					
住民票のある住所	〒								電話番号
要介護度		現在の状況 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名)							
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ()								
ご利用の居宅介護事業所									
事業所名称		担当ケアマネ・連絡先							
主治医									
病院名		医師名							
連絡先		診療科目							
身体状況									
身長	cm	体重	kg	食事形態	主食 :	副食 :	飲水量	cc/日	
歩 行									
食 事									
排 泄									
入 浴									
視 覚	眼 鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
聴 覚	補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
口腔機能	義 歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
着脱衣									
服薬管理					金銭管理				
認知症診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診断待				診断名				

具体的な症状	
疾病状況	
主たる病名 (現病名)	
その他疾病	
服薬状況 お薬の種類等はお薬情報をお付けください。	
感染症	<input type="checkbox"/> 有 (病名：) <input type="checkbox"/> 無
病歴 時期も含め ご記入下さい。	
本人の希望	
ご家族の希望	
終末期の 対応方法	

上記の申し込みを行います。また、個人情報の取扱いについて、下記に同意します。

申込者氏名 _____ ㊞ ご本人との関係 _____

「個人情報の取扱いについて」

提供いただきました、情報は円滑な施設利用のために利用します。ご本人の施設利用の為に、行政、医療機関、関係機関との連携の場合に利用します。法令に基づく場合及び本人、公衆の生命、健康、財産を脅かす可能性のある場合を除き、本人の同意を得ることなく他の目的のために私用いたしません。