

小規模多機能型居宅介護 たんぽぽの郷 利用申込書

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

小規模多機能型居宅介護 たんぽぽの郷を利用したいので、次のとおり申し込みます。

※口の箇所はレ点チェックをお願いします。

○本人の状況

記入日	令和	年	月	日	被保険者番号(10桁)										
(フリガナ)					性別	要支援	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
氏名					男・女	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
生年月日	大・昭	年	月	日	担当介護 支援専門員 氏名	事業所名									
						氏名									
現住所	〒														
電話番号						FAX番号									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設に入所や病院に入院している。 ※『施設や病院に入っている方』は、以下を記入して下さい。 ・施設名または病院名 _____ ・所在地(市区町村のみ) ・入所または入院時期 : 平成・令和 年 月 日から、入所・入院している。 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用している <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していない ※介護サービスを利用している方は、下記の記入も合わせてお願い致します。														
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 週()回 <input type="checkbox"/> 通所リハ 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 週()回 <input type="checkbox"/> 訪問介護 週()回 <input type="checkbox"/> 配色サービス 週()回 <input type="checkbox"/> ショートスティ頻度()														
主治医	医療 期間					医師名									
病歴	病歴		入院・通院医療機関			治療中・終了			時期・経過						
認知症に関する状況	認知症の有無		有・無		認知症診断名										
	受診状況		有・無		受診頻度			ヶ月に1回・その他()							
	医療機関		医師名												
	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話を作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で外へ出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない														

→裏面へ

日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車椅子	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> その他()	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
		<input type="checkbox"/> 咽込みあり <input type="checkbox"/> 咽込みなし	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにく <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない
	性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ		
<input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> その他()				
申込状況	①通い	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 週()回 希望 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 生活相談・指導 <input type="checkbox"/> その他()		
	②泊まり	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 週・月()回 希望		
	③訪問	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 週()回 希望 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 身体援助		

○主たる介護者

(フリガナ)		性別	本人との関係	
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)			
【利用を希望する理由】※必ず記入してください。				

○申込者(連絡先)※今後、この連絡先に連絡させていただきます。

氏名			
住所	〒 -		
電話	①(自宅・携帯)	②(自宅・携帯)	

施設記入欄	受付番号:
	受付日 :
	受付者 :