

小規模多機能ハウスあい美原（小規模多機能型居宅介護）

利用申込書

小規模多機能ハウスあい美原利用希望のため申し込みます。

平成 年 月 日

申込者	氏名	本人・ケアマネ・家族（続柄： ()）・その他（ ()）	
	住所 〒		
	連絡先	()	()

*担当のケアマネージャー（ () ）居宅支援事業所名（ () ）

*今後の連絡先☛本人・家族（ () ）・ケアマネ・施設（ () ）・病院（ () ）

利用者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭
	氏名	女	年	月	日	歳
	住所 〒	-		電話 ()		

介護保険被保険者番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
---------	---------------------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所 〒	
	電話 自宅 ()	勤務先等

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	電話番号	職業	備考

現在の状況	1 在宅で生活中	独居・家族 ()	主治医・定期受診病院・既往症等
	2 入院中	医療機関名 _____	
	3 施設入所中	施設名 _____	

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

*移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助/独歩・杖歩行・歩行器使用・車いす・その他 ()

*食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

*排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル・おむつ使用（常時・夜間のみ）

*認知症： 有 ・ 無 ()

*感染症： 有 ・ 無 ()

*必要としている医療的処置： 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） 在宅酸素 人工透析
ペースメーカー 尿管カテーテル インスリン注射 その他 ()

利用希望相談内容等	備考
-----------	----

連絡先 〒041-0806 函館市美原3丁目13-32
 TEL.0138-83-6166 FAX.0138-83-6168
 担当（亀田／松田）