

小規模多機能ハウスあい日吉（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日吉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 ()	・ ()	

* 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 〒	函館市 電話 ()		

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

要介護状態区分	要支援 1 2 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	職業	同居・別居	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、既往症など
	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 ()

利用希望相談内容	備考
----------	----