

申込年月日：平成 年 月 日

事業所名 **ケアガーデン新幸**

小規模多機能型居宅介護 利用申込書

認知症型グループホーム 利用申込書

下記のとおり、貴施設に利用申し込みます。

フリガナ		男	明治・大正・昭和
ご利用者氏名	印	女	年 月 日 (歳)
住 所	〒		電話番号 () -
介護保険 被保険者番号			要介護度
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
居宅介護支援事業所名	介護支援専門員氏名		

申込者（利用代理人、ご家族）		
氏 名	印	続柄
住 所	〒	
連絡先	①氏名	自宅・職場・携帯 ()
	②氏名	自宅・職場・携帯 ()
	③氏名	自宅・職場・携帯 ()

◆説明確認および情報収集に係る同意書

私は、貴施設への申し込みの際し、利用申し込みから契約までの手続き及び利用の決定方法について施設から説明を受けました。

なお、貴施設が利用決定のため必要な範囲において、私（利用者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

平成 年 月 日

ご利用者名 _____ 印

利用代理人・ご家族名 _____ 印

1. 医療状況

既往歴	病名	医療機関	期間
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
			年 月 日～
主治医等	医療機関名	医師名	連絡先

2. 身体面の状況（移動、食事、排泄、入浴、視力、聴力、意思疎通など）

--

3. 認知症状及び精神面の状況

--

4. 現在、困っていること

--

5. 現在の状況及びサービス利用状況

現況	<input type="checkbox"/> 自 宅（主介護者： ）
	<input type="checkbox"/> 入 院 中（病院名： ）
	<input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）
	<input type="checkbox"/> そ の 他（ ）
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス（利用施設名： ） （利用頻度：週 回程度）
	<input type="checkbox"/> 訪問介護・ヘルパー（利用事業所名： ） （利用頻度：週 回程度）
	<input type="checkbox"/> ショートステイ（利用施設名： ）
	<input type="checkbox"/> そ の 他（ ） （ ）
※事前面接時、現在利用しているサービス利用票等をご利用ください。	