

越南苑利用申込書

_____年 ____月 ____日

＊ ここに記載された個人に関する全ての情報は適正に管理され、主にサービス提供に係る検討に使用されます。尚、内容について変更・訂正等が生じた場合はいつでもお申し出下さい。

利用したいサービスを全て○印して下さい

I.入所（期間 _____ まで）

II.ショートステイ

III.デイケア

利用者氏名	フリガナ _____ 男・女				生年月日	M T S 年 月 日 歳					
住 所	〒 _____ ☎ (_____) _____ 南魚沼市										
介護保険被保険者番号									認定有効期間	～	
要介護度		日常生活自立度	J 1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
			正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	

申込者	氏名					本人との続柄				
	住所	〒 _____ ☎ (_____) _____ 南魚沼市								

＊担当ケアマネジャー（申し込み代行者）

氏名				事業所名			
----	--	--	--	------	--	--	--

申し込みの理由 （家庭介護の状況などについて具体的にお書き下さい）

--

今までかかった病気

現在の病気

--

--

現在利用しているサービス	
--------------	--

かかりつけ医療機関	
-----------	--

家族構成（同一生計者）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先及び電話番号）	備考

別居している扶養義務者等

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先及び電話番号）	備考

現在の本人の状態

<u>日常の動作能力（○印）</u> 移動→ 自立（独歩・杖・歩行器）・車椅子・不可能 食事→ 自立・一部介助・全介助 排泄→ 自立（トイレ・ポータブル） 一部介助（トイレ・ポータブル） 全介助（トイレ・ポータブル） おむつ 入浴→ 自立・一部介助・全介助 着脱衣→ 自立・一部介助・全介助 座位→ 自立・一部介助・全介助 寝返り→ 自立・一部介助・全介助	<u>心身の状況（○印）</u> 視力→ 正常・弱視（ ） 聴力→ 正常・難聴（ ） 会話→ 正常・やや不自由・不自由・不可能 歯の障害→ 無・一部入歯・総入歯 失禁→ 有（常時・夜のみ）・無 床ずれ→ 有（ ）・無 ~~~~~ 認知症による症状（具体的に書いて下さい）
---	--

特別養護老人ホーム申請 みなみ園・まいこ園・ゆのさと園・坂戸楽生園 八色園 ・ こころの杜・健康倶楽部つどい 雪椿の里 ・ 百花園 ・ その他（ ）	その他
---	--