

社会福祉法人 小茂根の郷 サービス利用申込書(共通)

小茂根の郷 FAX:03-3959-7438

令和 年 月 日

利用者情報	被保険者番号									保険者:	
	フリガナ					性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和			
	氏名					男・女		年 月 日(歳)			
	住所						電話番号				
	要介護度			障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度				
	要支援、要介護 1・2・3・4・5			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
	交付日	令和 年 月 日			認定日	令和 年 月 日					
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					負担割合 1割・2割・3割				
	公費の有無 負担限度額	生保=有(併用・単独)・無 / 被爆手帳=有・無 / 負担限度額認定証=有・無									
家族情報・緊急連絡先・生活状況	氏名	続柄	同居・別居	住所			連絡先	主介護者○			
			同・別								
			同・別								
	【生活歴・家族関係等で特記すべき事項】										
主治医・病歴	病院名					主治医名					
	住所					TEL / FAX					
	既往歴	※認知症がある場合は認知症状の詳細を特記事項に記載する。				内服薬					
	在宅酸素・透析・経管栄養(鼻・胃)・人工肛門・インシュリン・吸引 浣腸・導尿・褥瘡処置(仙骨・腸骨・肩・踵・その他: カテーテル(腎臓・尿道・膀胱・胆嚢)										
	【特記事項】										
居宅介護支援事業所	事業所名					事業所番号					
	住所	〒 -									
	TEL					FAX					
	担当ケアマネジャー										

※裏面もご記入ください

(事業所別)※ご希望のサービスにチェックを入れ、詳細をご記入ください

ショートステイ	<input type="checkbox"/> 東京武蔵野ホーム(ショートステイ)の利用を希望します			
	利用希望日	月 日 ~ 月 日 ・ いつでも可 (※日・祝・年末年始は入退所は行っていません)		
	多床室希望 ・ 個室希望 ・ どちらでも可			
デイサービス	<input type="checkbox"/> こもね在宅サービスセンターの利用を希望します			
	希望利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
	希望利用開始日	令和 年 月 日 () ~		
	乗車時の手段	ステップ乗車 ・ 車椅子乗車		
ヘルパーステーション	<input type="checkbox"/> こもねヘルパーステーションの利用を希望します		サービスの型	内容
	希望利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
	希望利用開始日	令和 年 月 日 () ~		
	備考			
訪問看護	<input type="checkbox"/> こもね訪問看護ステーションの利用を希望します			
	希望利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 週 ・ 月 回		
	希望利用開始日	令和 年 月 日 () ~		
	備考			
※わかる範囲でご記入をお願いいたします				
歩行	自立・一部介助・見守り・伝い歩き(室内・外)・杖歩行(室内・外)・歩行器・車椅子(自走・介助)			
食事	自立・一部介助・全介助	禁食…ある()・なし		
	主食…普通・軟飯・粥・ミキサー	トロミ：なし		
	副食…普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー	あり…ポタージュ状 ・ シロップ状 ・ ジャム状 (薄い) (中間) (濃い)		
義歯	ある(部分…上・下 総義歯)・なし 管理:本人・施設 洗浄:する・しない			
口腔	自立・一部介助・全介助・うがいのみ			
排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ使用可 ・ ポータブルトイレ使用可(夜間) ・ ベッド上			
パンツ	リハパン(紙パンツ)・紙オムツ・パット・布パンツ			
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 一般浴 ・ 機械浴 ・ 移動椅子使用			
視力	支障なし・支障ある(眼鏡:あり・なし 管理:本人・施設)	聴力:	支障なし・支障ある(補聴器:あり・なし 管理:本人・施設)	
麻痺	ある(左・右・上肢・下肢)・拘縮・筋力低下・なし	会話:	できる・ややできる・できない	
予防接種	新型コロナウイルス:第1回目(年 月 日)、第2回目(年 月 日)・未接種 インフルエンザ:(年 月 日)・未接種 肺炎球菌:(年 月 日)・未接種			
その他				