

# 小規模多機能型居宅介護 利用登録申込書

ケアホームあいびす  
 ケアホーム笛吹の里

※希望する施設に☑をつけてください

申込日 令和 年 月 日

## 【申込者】

氏名 (ふりがな)	☐男 ☐女	生年月日	
		☐明治 ☐大正 ☐昭和	年 月 日生( 歳)
住所	〒	電話	登録希望者との続柄

## 【登録希望者の状況】

氏名 (ふりがな)	☐男 ☐女	生年月日	
		☐明治 ☐大正 ☐昭和	年 月 日生( 歳)
住所	〒	電話	中学校区 ☐城東 ☐城西 ☐雄志 ☐その他( )
要介護区分	☐要支援1 ☐要支援2		☐要介護1 ☐要介護2 ☐要介護3 ☐要介護4 ☐要介護5
現在の状況	☐在宅 同居家族： 生活状況：		
	☐入院中 病院名： 病名：		
	☐施設入所中 施設名： 生活状況：		
	☐その他の生活状況		
利用中のサービス	☐デイサービス 事業所名： 利用頻度：		
	☐ショートステイ 事業所名： 利用頻度：		
	☐訪問介護 事業所名： 利用頻度：		
	☐その他の介護保険サービス		
主治医	医師名：	医療機関名：	
健康状態			
ADL IADL の状況	ADL<該当する状態に☑をつけてください>		IADL<自身が行っていることに☑をつけてください>
	○起居動作( ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 )		☐調理・片付け ☐買い物
	○移動動作( ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 )		☐掃除・洗濯 ☐金銭管理
	○移動手手段( ☐歩行 ☐杖 ☐歩行器 ☐車椅子 )		☐服薬管理 ☐交通手段の利用
	○食事摂取( ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 )		☐電話利用
	○排泄( ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 )		その他特に留意する点等
○入浴( ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 )			
申込理由			
居宅介護支援事業所：		住所：	
担当介護支援専門員：		電話：	FAX：

## 【連絡先】

社会福祉法人高田福祉会  
小規模多機能型居宅介護

ケアホームあいびす 担当：田地野  
〒943-0146 上越市とよば107番地  
電話：025-527-2236  
FAX：025-527-2237

ケアホーム笛吹の里 担当：中村  
〒943-0131 上越市大字藪野138番地  
電話：025-522-3030  
FAX：025-522-6380