

# 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】			
(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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】			
(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 □明治 □大正 □昭和 年 月 日生( 歳)	
住所	〒 電話	中学校区	<input type="checkbox"/> 城東 <input type="checkbox"/> 城西 <input type="checkbox"/> 雄志 <input type="checkbox"/> その他( )
要介護度 区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
現在の 状況	<input type="checkbox"/> 在宅 同居家族： 生活状況：		
	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名： 病名：		
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： 生活状況：		
	<input type="checkbox"/> その他の生活状況		
利用中の サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス 事業所名： 利用頻度：		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 事業所名： 利用頻度：		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 事業所名： 利用頻度：		
	<input type="checkbox"/> 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>
	<input type="checkbox"/> 起居動作( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 移動動作( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 移動手手段( <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ) <input type="checkbox"/> 食事摂取( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 排泄( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) <input type="checkbox"/> 入浴( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )		<input type="checkbox"/> 調理・片付け <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 電話利用 その他特に留意する点等
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