

利用申込書

医療法人社団 横浜育明会

看護小規模多機能型居宅介護 むさしのケアセンター宛

2025年 6月 1日

下記の通り、看多機の利用を申し込みます。

申込者 武蔵野 花子（長女）

利用者	フリガナ	ヨコハマ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		
	氏名	横浜 太郎		年齢	〇〇 歳	性別	男
	住所	〒 180-00※※ 武蔵野市 吉祥寺南町3-24-6		電話	①	0422-24-6874	
第一 連絡先	氏名・続柄	武蔵野 花子（長女）		電話	①	080-△△△△-△△△△	
	住所	神奈川県横浜市都筑区〇〇			②	045-□□□-□□□□	
第二 連絡先	氏名・続柄	横浜 次郎（長男）		電話	①	070-◇◇◇◇-◇◇◇◇	
	住所	吉祥寺南町3-24-6			②	0422-24-6874	
介護保険	要介護度	4		負担割合	1割		
担当居宅	事業所	◇◇◇◇居宅介護支援事業所		電話	0422-**-****		
	担当者	内田 〇〇		FAX	0422-**-****		
現在利用中のサービスと頻度（入院先・理由）		大腿骨頸部骨折のため〇〇病院入院、2025年5月1日に退院した。 デイサービス3日/週、訪問介護3回/週、ショートステイ5日/月 訪問看護1回/週、訪問診療1回/月、訪問歯科2回/月					
在宅生活の困りごと 利用を申し込む理由		食事や排泄に介護を要すが、同居の長男家族は就労あり日中の介護を担うことができない。本人家族共に自宅での生活を希望している。					
現病	2011年6月 高血圧 2015年4月 糖尿病（インスリン注射3回/日） 2025年3月 歯周病（訪問歯科）						
既往歴	2020年8月 脳梗塞 2025年3月 右大腿骨頸部骨折（術後）						
医療行為	有	内容	インスリン注射3回/日				
ADL	移動	屋内	一部介助		居室とトイレ間は歩行器で歩く		
		屋外	全介助		車いす		
	麻痺	有	部位状態	軽度の右半身麻痺あり。			
	拘縮	無	部位状態				
	食事	一部介助		形態	きざみ	むせ	無
	入浴	全介助		形態	リフト（デイサービスにて入浴）		
	排泄	一部介助		方法	トイレ（リハビリパンツ着用）		
	見る・聞く・話す	右耳は難聴で聞こえにくい。他は日常生活に支障なし。					
認知症	無	症状	診断は受けていない。同じ話をするが多くなった。				
特記事項	インスリン注射の自己接種が難しくなっている。以前よりも寝ている時間が 増えている。歯磨きが上手にできず、訪問歯科で口腔ケア実施中。						
主治医	〇〇クリニック（内科）		医師名	〇〇□□先生	☎	0422-△△-△△△△	
歯科医	◇◇◇◇歯科医院		医師名	◇◇◇◇先生	☎	0422-△△-△△△△	

介護保険被保険者証と負担割合証、お薬手帳の写しを添付してください。

アセスメント表、看護サマリーなど、情報を補足する資料があれば添付してください。