

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

年 月 日

下記の通り、看多機の利用を申し込みます。

申込者

利用者	フリガナ		生年月日			
	氏名		年齢	歳	性別	女・男
	住所	〒 武蔵野市	電話	①		
				②		
第一 連絡先	氏名・続柄		電話	①		
	住所			②		
第二 連絡先	氏名・続柄		電話	①		
	住所			②		
介護保険	要介護度	1・2・3・4・5	負担割合	1割・2割・3割		
担当居宅	事業所		電話			
	担当者		FAX			
現在利用中の サービスと頻度 (入院先・理由)						
在宅生活の困りごと 利用を申し込む理由						

利用申込書

現病										
既往歴										
医療行為	無・有	内容								
ADL	移動	屋内	自立・一部介助・全介助			歩行・杖・歩行器・車いす・ストレッチャー				
		屋外	自立・一部介助・全介助			歩行・杖・歩行器・車いす・ストレッチャー				
	麻痺	無・有	部位状態							
	拘縮	無・有	部位状態							
	食事	自立・一部介助・全介助			形態	常食・きざみ		むせ	無・有	
	入浴	自立・一部介助・全介助			形態	一般・リフト・機械・シャワー				
	排泄	自立・一部介助・全介助			方法	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ交換				
	見る・聞く・話す									
	認知症	無・有	症状							
特記事項										
主治医				医師名						
歯科医				医師名						

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。