

申込年月日：令和 年 月 日

ケアガーデン新幸 利用申込書

申込サービス 認知症対応型グループホーム
(対象サービスに✓印) 小規模多機能居宅介護

| | | | | |
|----------------|----------------|------|-------|--|
| フリガナ | | 性別 | 男 女 | 生年月日 |
| 利用者名 | | | | 大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日 (_____歳) |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | |
| 介護保険 被保険者番号 | | 要介護度 | 事業対象者 | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 |
| 居宅介護支援 事業所名 | 担当者名 (_____) | | | |

ご本人以外からのお申込みの場合は、下記枠内にもご記入下さい。

| | | | |
|-------|----------|----|--|
| 申込者氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | 自宅・職場・携帯 | | |

◆ 説明確認および情報収集に関わる同意書

私は、貴施設でのサービス利用の申し込みに際し、利用申し込みから契約までの手続および利用の決定方法について、事業担当者から説明を受けました。

なお、サービス利用決定のために必要な範囲において、私（利用者およびその家族）に関する情報を、担当している介護保険事業者、地域包括支援センター、市町村、医療機関から収集することに合意します。

令和 年 月 日

利用者名 _____

代理人（ご家族等） _____

| | | | | | |
|-------|----------|----|----|----|-----|
| 施設管理欄 | 施設長 | 課長 | 係長 | 主任 | 相談員 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 | | | | |

利用申込者のご様子をお知らせ下さい（別途情報提供用紙がある場合は、記入不要です）。

1. 医療状況

| | | | |
|-----|-------|---------|--------|
| 主治医 | 医療機関名 | 担当医師名 | 電話番号等 |
| 病歴等 | 疾患名 | 治療医療機関名 | 時期（期間） |
| | | | 年 月 日～ |
| | | | 年 月 日～ |
| | | | 年 月 日～ |
| | | | 年 月 日～ |
| | | | 年 月 日～ |

2. 身体面の状況（移動・食事・排泄などの日常動作や意思疎通の状況など）

3. 認知症および精神面の状況

4. 現在の困りごと

5. サービス利用状況

| | |
|--------------|---|
| 現在過ごしている環境 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関（ ） <input type="checkbox"/> 介護施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 自宅等で利用中のサービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護・ヘルパー（事業名） / 利用頻度 週 回程度) <input type="checkbox"/> デイサービス（事業名） / 利用頻度 週 回程度) <input type="checkbox"/> ショートステイ（事業名） / 利用頻度 月 日程度) その他（事業名） / 利用頻度 週 日程度) （事業名） / 利用頻度 週 日程度) |

お問い合わせ先 〒954-0076 新潟県見附市新幸町7-18 ケアガーデン新幸
 電話 0258-86-6750（直通） FAX 0258-66-7575
 Web : <http://mitsukefukushikai.com> Email : cg.shinkoh@mitsukefukushikai.com