

株式会社リツワ **小規模多機能型居宅介護つきだてホーム** **利用申込書**
サービス付き高齢者向け住宅つきだてホーム

※ 下記の該当する項目にチェックまたはレ点をつけてください。

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 小規模多機能型居宅介護 つきだてホーム |
| <input type="checkbox"/> | サービス付き高齢者向け住宅 つきだてホーム |

【申込者】

| | | | |
|------|----------------|----------------|----|
| 住所 | 〒 ー | | |
| ふりがな | | | 続柄 |
| 氏名 | | | |
| 電話番号 | 自宅： | () | |
| | 携帯： | () | |

【利用希望者】

| | | | | | |
|---------------------------|---|-----|-----------------|---------------------|----|
| ふりがな | | | | 性別 | |
| 氏名 | | | | 男性・女性 | |
| 住所 | 〒 ー | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 (歳) | |
| 要介護度 | 未申請・申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | |
| 被保険者番号 | | | 有効 | 平成 年 月 日～ | |
| 保険者番号 | | | 期限 | 平成 年 月 日まで | |
| 現在ご利用中のサービス | サービス | 頻度 | サービス | 頻度 | |
| | 訪問介護 | 回/週 | 訪問介護 | 回/週 | |
| | デイサービス | 回/週 | ショートステイ | 回/月 | |
| | 通所・訪問リハビリ | 回/週 | 入院中 | 病院 | |
| 入所希望理由 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 収入状況 | 年金・恩給等 | 種類 | 年額 | | |
| | 動産・不動産等 | 種類 | 年額 | | |
| | その他収入 | 種類 | 年額 | | |
| | 合計 | 円 | | | |
| ※その他収入には、給与や利子収入などご記入ください | | | | | |
| 利用料 支払 方法 | 1. 全額本人負担 2. 一部親族負担 3. 全額親族負担 | | 2、3の場合 親族様のご連絡先 | | |
| | | | 〒 ー | | |
| | | | 電話番号 | | |
| | | | 氏名 | | 続柄 |

| | | | | | |
|------------|-----------------|--|------|-----------------------------|--|
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 身元保証人 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | |
| | 住所 | 〒 ー | | | |
| | 勤務先 | | 電話番号 | | |
| | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | |
| | 住所 | 〒 ー | | | |
| | 勤務先 | | 電話番号 | | |
| 生活状況 | 食事 | 自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養 | | | |
| | | 食事形態（普通・きざみ大・きざみ小・ミキサー・トロミ必要） | | | |
| | | むせ込み（ 有り・無し ） | | | |
| | 移動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | |
| | | 歩行・杖・歩行器・車椅子・その他（ ） | | | |
| | 排泄 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | |
| | | トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他（ ） | | | |
| 入浴 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | | |
| | 一般浴・座浴・寝台浴 | | | | |
| 着脱衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | | | |
| 健康状態 | 視力 | 普通・見えにくい（右・左） | 聴力 | 普通・聴こえにくい（右・左） | |
| | 意思疎通 | 可能・時々可能・不可能 | 感染症 | 無・有（ ） | |
| | 認知症 | 無し・有り（ ） | | | |
| | 現在治療中の病気 | 病院名： | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 既往歴 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | 事業所名 | | | | |
| | 担当ケアマネージャー | | | | |
| | 連絡先 | | | | |

※ご質問やご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。