

グループホーム  
 認知症対応型通所介護  
 小規模多機能型居宅介護  
 サービス付き高齢者住宅

なずな・なでしこ・なな草  
なずな・なでしこ・なな草  
デイホームなな草  
ゆったりホームなな草

# 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

ご利用者氏名	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢
		男・女	M T S	歳
			年 月 日	
	住所	電話番号		
	〒 -	( )		

代理人氏名	氏名(フリガナ)	続柄	職場等連絡先
			( )
	住所	電話番号	
	〒 -	( )	
		携帯	- -

介護の状況	認知症の状況、介護する上で困難な事柄、住まいや環境での困り事				
	<input type="checkbox"/> 認知症の診断あり <input type="checkbox"/> 介護上の困りごとあり <input type="checkbox"/> 住まいや環境での困りごとあり				
	家 族 構 成				
	氏 名	続 柄	年 齢	職 業 ・ 学 校	同居・別居
			歳		同居・別居
			歳		同居・別居
			歳		同居・別居
			歳		同居・別居
			歳		同居・別居
			歳		同居・別居
現 在 の 状 況					
1. 健康で自宅生活					
2. 自宅療養中		かかりつけ医			
3. 病院又は療養型病床群に入院中		病院名	/ ~		
4. 介護保険適用サービス利用中		施設名及びサービス			
5. 老人保健施設に入所中		施設名	/ ~		
6. 短期入所利用中		施設名	/ ~		
在宅サービスの利用状況					
7. その他					

介護保険	介護度	認定年月日	認定の有効期間	
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	被保険者番号		保険者	
	担当居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー	電話番号
				( )