

サービス利用申込票

居宅介護支援事業所 ・ 地域包括 ・ 医療機関	担当者	申 込 日
事業所名		年 月 日
TEL	FAX	

利用希望者の概要

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
----	------	------------------

性別 男 ・ 女	住 所	〒
----------	-----	---

介護保険情報	申請中 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	独居 ・ 高齢世帯他 :
--------	-----------------------------	--------------

認定期間	~	公費関係	減免・助成等あり ・ なし 生活保護 あり ・ なし
------	---	------	-------------------------------

主介護者	氏名	性別 男 ・ 女	続柄
------	----	----------	----

	住所	〒
--	----	---

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅	現在利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健・療養型)		
	施設名 :		<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 入院中 退院予定日(/)		
	病院名 :		

希望するサービス種別	<input type="checkbox"/> 定期巡回サービス(日中・夜間)	<input type="checkbox"/> 随時訪問サービス
	<input type="checkbox"/> 訪問看護サービス	<input type="checkbox"/> 安否確認サービス

希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> 全身浴
	<input type="checkbox"/> 部分浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 洗髪	<input type="checkbox"/> 洗面
	<input type="checkbox"/> 服薬介助	<input type="checkbox"/> 更衣介助	<input type="checkbox"/> 身体整容	<input type="checkbox"/> 水分補給
	<input type="checkbox"/> 体位交換	<input type="checkbox"/> 居宅内の移動・移乗	<input type="checkbox"/> 就寝介助	<input type="checkbox"/> 起床介助
	<input type="checkbox"/> 外出介助	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 環境整備
	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 調理、配下膳	<input type="checkbox"/> 安否確認	<input type="checkbox"/> 随時対応

サービス開始希望 年 月 日() よりサービス開始希望

事業説明・初回面接希望日 : 月 日 時

医療情報	病院 医院	主治医氏名	科
	住所	連絡先	

既往歴・特別な医療機関の利用などの留意事項・利用希望の理由・その他

上記の個人情報は、本事業所を利用する上で必要となる情報提供(医療機関、介護サービス事業所保険者以外の目的)で使用しません。

社会福祉法人 明正会
理事長 設楽 敬三