|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介護サービス 利用申込書** | 申込日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ申込者氏名 |  | 続柄 |  | 電　話 | 自宅携帯 |
| 印 |
| 申込者住所 | 〒 |
| 下記のとおり申し込みます |
| フリガナ利用者氏名 |  | 性別 | □ 男□ 女 | 生年月日 | □大正 □昭和 □平成　　年　　 月　　日 |
|  |
| 住　所 | □申込者と同じの場合✔〒 |
| 電　話 | □ご自宅　　　　　　　　　　　　　　　　□携帯電話 |
| 介護保険 | 被保険者番号 |  |
| 要介護度 | □要支援１ □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５ |
| 認定期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 担当介護支援専門員 | □いる | 事業所名 | □いない |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 現　況 | □家族と同居（　　人）　□自宅で一人暮らし　　□一人暮らしで身寄りがない |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居・別居 | 備考 |
|  |  |  | □同　□別 |  |
|  |  |  | □同　□別 |  |
|  |  |  | □同　□別 |  |
|  |  |  | □同　□別 |  |
|  |  |  | □同　□別 |  |
| 主治医 | 医療機関名 |  | 診療科 |  | 医師名 |  |
| 病　歴 | 現病 | 既往 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 介護上必要な医療 | □インシュリン注射　□ペースメーカー　　□ストマ　　　　　□床ずれ□鼻腔栄養　　　　　□胃ろう　　　　　　□在宅酸素　　　　□人工透析□たん吸引　　　　　□尿カテーテル　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活や介護に対する意向 | ご利用者 | ご家族 |
|  |  |