|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |