

社会福祉法人秋篠茜会 サービス利用申込書

記入日 年 月 日

受理した日		申請区分 (デイ・小規模多機能・グループホームは奈良市に住民票のある方)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/> 他のサービスと情報を共有することに同意します。 ※グループホームは認知症の診断がある方に限る
受理した職員					
利用者氏名	フリガナ	生年月日		性別	
		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
①利用者住所(住民票)	郵便番号	—	電話番号 ()	—	
②利用者現在の居住地住所	郵便番号	—	電話番号 ()	—	
緊急連絡先	フリガナ	利用者との関係 (利用者から見て)	郵便番号	住所	
	氏名		連絡先電話番号 ※平日の9:00~17:30で連絡可能な番号をご記入ください。 ①() — 自宅・携帯・その他() ②() — 自宅・携帯・その他()		
	フリガナ	利用者との関係 (利用者から見て)	郵便番号	住所	
	氏名		連絡先電話番号 ※平日の9:00~17:30で連絡可能な番号をご記入ください。 ①() — 自宅・携帯・その他() ②() — 自宅・携帯・その他()		
要介護認定の結果など	申請状況 <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 診断された医療機関 () 診断日 年 月 日				
病歴	現病歴		既往歴		
主治医	医療機関名(病院、医院名)			主治医氏名	
在宅ケアプラン作成状況(担当者がある場合)	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー氏名	