

小規模多機能型居宅介護事業所 かくれんぼ

利用申込書

貴事業所を利用したいので、次の通り申し込みます。

申込受付日： 令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
ご利用希望者 氏名			男・女	明・大・昭 年 月 日	
現住所	(〒 —) TEL :				
身元引受人	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	(〒 —) TEL : 携帯 :			
現況	1. 自宅 (フリガナ主介護者名： 続柄：) 2. 入院中 (病院名：) 3. 施設入所中 (施設名：)				
介護保険	被保険者番号		保険者	新潟市	
			認定有効期間		
			~		
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (記号番号：) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 (記号番号：) <input type="checkbox"/> その他 (種別： 記号番号)				
担当 介護支援専門員	氏名： 連絡先：		事業所名：		

ご本人様についての情報（お差支えない範囲でご記入下さい）
 豊かなコミュニケーションやご本人様のニーズに合ったサービスの提供に活用します

出生地		性 格	
過去の職業		自慢話	
愛 称		苦労話	

過去の出来事

出生～			
10代～			
20代～			
30代～			
40代～			
50代～			
60代～			
70代～			
80代～			
好きな食べ物		好きな歌・踊り	
嫌いな食べ物		本人の癖	
得意な事		得意料理	
苦手な事		畑仕事	
大切な物		お風呂の好み	
よく行った場所		好きな服装	
好きな動物		近所付き合い	
起床時間		お酒・たばこ	
就寝時間		趣味	

緊急時の連絡先			
第1連絡先：氏名 _____		(続柄： _____)	
電話番号 _____			
勤務先 (_____		電話番号 _____)	
第2連絡先：氏名 _____		(続柄： _____)	
電話番号 _____			
勤務先 (_____		電話番号 _____)	
かかりつけ医	電話番号：		
緊急搬送先			
内服薬	使用している薬品名と用量・回数についてご記入下さい		
麻痺 (有・無)	アレルギー (有・無)	歯科治療 (有・無)	
かくれんぼを利用するにあたってのご要望など、ご自由にご記入下さい。			