

利用申込書

No. _____

申込年月日：平成 年 月 日

株式会社ベルワイド殿

私は、おるde新町介護付有料老人ホームに利用し
たく申し込みを致します。

尚、利用の為の待機中に、貴施設以外に利用が決定した場合、もしくは、要介護度・連絡先・介護状況等について変更があった場合、速やかにご連絡いたします。

申込者

ふりがな	_____
氏名	_____ ①
利用予定者との続柄	_____
住所	〒 _____
電話番号	(_____) _____

希望内容	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス
利用予定者	介護保険 保険者番号 _____ 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
	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	ふりがな _____ 生年月日 _____ (満 歳)
	氏名 _____ M・T・S 年 月 日 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
現住所	〒 _____
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者有り <input type="checkbox"/> 介護者なし
	※有りの場合、ご記入ください。
	介護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー
	※ホームヘルパーの場合 在宅支援事業者名 _____ 担当ケアマネージャー _____
	※ホームヘルパー以外の場合 介護者の状況をご記入ください。(就労中・病弱で介護が困難など) (_____)
利用予定者の状況	病名(現在治療中の病名) _____ かかりつけ病院名・主治医名 _____
	①歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	②食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③排泄・トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助
	④オムツ <input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 夜間のみ
	⑤痴呆 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	上記⑤有の場合、問題行動があれば次の中からお選びください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 外に出たら1人で戻れない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	現在の状況 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 (_____) <input type="checkbox"/> 施設 (_____)
家族構成 <input type="checkbox"/> 子供世帯と同居 <input type="checkbox"/> 同敷地内又は、近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 単身の子供又は、兄弟姉妹等と同居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居世帯	

おるde新町介護付有料老人ホームの利用説明を受け、次のことに同意いたします。

1. 利用申込に必要な「介護認定調査にかかわる情報」等を市町村・介護保険施設・居宅支援事業者から得る事。
2. 市町村から要求があった場合、この申込情報を市町村へ提供する事。

平成 年 月 日

利用希望者名(本人)

①

署名代行者名(家族)

①

※利用申込書に記載された内容については秘密を厳守いたします。

株式会社 ベルワイド