

利用申込書

※ 下記の該当する項目にチェックまたはレ点をつけてください。

<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護 ミルケア江合
<input type="checkbox"/>	住宅型有料老人ホーム ミルケア穂波

【申込者】

住所	〒 -		
ふりがな			続柄
氏名			
電話番号	自宅： ()		
	携帯： ()		

【利用希望者】

ふりがな				性別
氏名				男性・女性
住所	〒 -			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
要介護度	未申請・申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
被保険者番号		有効	平成	年 月 日～
保険者番号		期限	平成	年 月 日まで
現在ご利用中のサービス	サービス	頻度	サービス	頻度
	訪問介護	回/週	訪問介護	回/週
	デイサービス	回/週	ショートステイ	回/月
	通所・訪問リハビリ	回/週	入院中	病院
入所希望理由	millefeuille care			
収入状況	年金・恩給等	種類		年額
	動産・不動産等	種類		年額
	その他収入	種類		年額
	合計			
※その他収入には、給与や利子収入などご記入ください				
利用料 支払 方法	1.全額本人負担	2、3の場合 親族様のご連絡先		
	2.一部親族負担	〒 -		
	3.全額親族負担	電話番号		
	氏名			続柄

家族の状況	氏名	続柄	電話番号	住所	
身元保証人	氏名		続柄	生年月日	
	住所	〒 -			
	勤務先		電話番号		
	氏名		続柄	生年月日	
	住所	〒 -			
	勤務先		電話番号		
生活状況	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養			
		食事形態（普通・きざみ大・きざみ小・ミキサー・トロミ必要）			
		むせ込み（有り・なし）			
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助			
		歩行・杖・歩行器・車椅子・その他（ ）			
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助			
		トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他（ ）			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助			
一般浴・座浴・寝台浴					
着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助				
健康状態	視力	普通・見えにくい（右・左）	聴力	普通・聴こえにくい（右・左）	
	意思疎通	可能・時々可能・不可能	感染症	無・有（ ）	
	認知症	無し・有り（ ）			
	現在治療中の病気	病院名：			
				
				
				
既往歴				
				
				
担当ケアマネージャー	事業所名				
	担当ケアマネージャー				
	連絡先				

※ご質問やご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。