

□地域密着特養 ・ □小規模多機能 (新規)利用申込書

どちらかに ✓ を付けてください

※介護保険証のコピーを添付してください。 受付年月日: 令和 年 月 日 No.

(ふりがな)		性 別	大正・昭和	
氏 名	Ⓔ	男・女	年 月 日生(歳)	
住 所	〒 ー 山梨市		電話 ()	
現在の居場所	自宅・病院()・介護保健施設()・他()			
同居家族等				
身元引受人	Ⓔ	年 齡	歳	続 柄
住 所	〒 ー		日中連絡先電話番号 ()	
勤 務 先	電話 ()			
ケアマネジャー	事業所		氏名	

ご利用者の現在の状態に○印を付けてください。日常生活自立度は担当のケアマネジャーにお尋ねください。

要介護区分	認定状況	要支援 []・要介護 []	要介護認定有効期限	令和 年 月 日		
日常生活自立度	認知度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助
聴力	普通	難聴	/	食事		
言語	普通	不自由		入浴		
床ずれ	なし	あり	/	排泄		
おむつ	なし	あり		着脱衣		
徘徊	なし	あり	/	起座		
認知症の程度	なし	軽度・中度・重度		歩行・移動		杖・歩行器・車椅子

かかりつけ医	無・有 (Tel ())	服薬	有・無
--------	-----------------	----	-----

既	疾患名: . 発症年月日: 年 月 日. 医療機関:
往	疾患名: . 発症年月日: 年 月 日. 医療機関:
歴	疾患名: . 発症年月日: 年 月 日. 医療機関:
備	
考	

お願	<p>○特養は要介護3以上の方が入居対象となります。</p> <p>○要介護2以下の方の場合、当方からご連絡はいたしませんのでご承知おきください。</p> <p>○要介護度に変更があった場合はご連絡をお願いいたします。</p> <p>○他施設に入居又はご逝去等によりお申込みを取り消される場合はご連絡ください。</p>
----	---

受付者() 説明(有・無) 見学(有・無) 【お問合せ先】カインドネスケア 0553(34)9411