



ケアスタ福岡 利用申込書

申込年月日	年 月 日	※施設記入	受付番号
<p>ご希望の方にチェックをお願い致します。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) </p>			
利用者 申込者	フリガナ		明治・大正・昭和
	氏名	生年月日	年 月 日 (歳) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	郵便番号(-) 福岡市 区	電話番号 ()
	介護認定	申請 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 変更中	被保険者番号
	要介護度	要支 1・2 / 要介 1・2・3・4・5	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設(介護保険) <input type="checkbox"/> 一般病院(医療保険) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(介護付) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(住宅型) <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他()	
	年 月頃 より	施設名【	】
家族・申込者	フリガナ		
	氏名	続柄	備考
	住所	郵便番号(-)	電話番号 ()
居宅介護支援事業所	利用	<input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記記入 <input type="checkbox"/> なし	備考
	事業所名		フリガナ 担当ケアマネジャー
	事業所住所	郵便番号(-)	電話番号 ()
利用希望時期	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃から利用したい <input type="checkbox"/> 現在検討中		

※申込書に添えて提出する書類

- 1 利用申込者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表(写).....現在、居宅介護サービスをご利用中の方のみ。
- 3 主治医の診療情報提供書

施設記入	受付者名	
------	------	--

※裏面に入居申込書別表がありますので記載お願い致します。



**ケアスタ福岡
利用申込書(別表)**

下記の口にチェックをお願い致します。

日常生活での必要介護状況

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子 かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの 経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る 程度で可能 <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに 介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に 介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等 全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ 等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパット を使用する <input type="checkbox"/>	カテーテルを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において 問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	特定の事柄なら 可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は 不可能 <input type="checkbox"/>
認知症の診断	認知症の診断あり <input type="checkbox"/>	認知症の診断なし <input type="checkbox"/>	ありの場合のみ【具体的な症状】 年 月頃 より			
【特記事項】 ※上記以外で特に介護が必要な事項						
【経済状況】 年金受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
【嗜好状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> お酒(週 回) <input type="checkbox"/> 煙草(1日 本)						

令和 年 月頃から利用したい

医療状況(現在のかかりつけ医または入院先)

医療機関		主治医	
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
医療処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 該当なし		
【現在治療中の疾患・特記事項】			

入居者の代理人 表面の家族・申込者と同じ 該当者がいない

代理人	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

利用を希望する理由を記入してください