

おあしす上井草小規模多機能ホーム

☐ 利用申込書 ・ ☐ 相談受付票 （該当する方にチェック）

記入年月日／令和 年 月 日

【利用者様】

(フリガナ)							性別	男 ・ 女
氏名	印							
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日生	歳			
現住所	〒							
	電話番号 ()							
心身の状況	1. 虚弱 2. 寝たきり 3. 認知症(有・無)							
	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	
	要介護認定年月日 年 月 日							
生活環境 利用サービス	同居状況	一人暮らし ・ 配偶者 ・ 子供 ・ 孫 ・ その他()と同居						
	担当ケアマネジャー							
	現在の利用サービス							
	かかりつけ医							
	現在の生活場所	自宅 ・ 施設、病院等()						
申込・相談理由								

* 印鑑は認印で構いません

【面接予約・連絡等の為のご家族の連絡先】

(フリガナ)			本人との 続柄	
氏名	印			
現住所	〒			
	電話番号 携帯電話 勤務先			

【利用申込に際しての居宅介護支援事業者等からの情報提供の同意】

利用検討について、現在のお身体の状況、ならびに介護内容等について、担当の居宅介護支援事業者等から直接情報を提供していただくことへの同意となります。

該当するものに○	・同意する	・同意しない
氏名 _____ 印 (認印で結構です)		
ご家族 _____ 印 (認印で結構です)		

社会福祉法人サンフレンズ