

看護小規模多機能型居宅介護リエゾン  
 住宅型有料老人ホームリエゾン西中田

利用申込書

記入日： 年 月 日

※利用希望者氏名

(ふりがな) 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 -	電話	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中		
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	被保険者番号	認定日	
かかりつけ医	医療機関名:		主治医名:
他の かかりつけ医	有・無	有の場合は下記にご記入ください	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名: ) <input type="checkbox"/> 病院入院中(病院名: )		
現在受けている 医療的管理	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他( )		
現在の 担当ケアマネジャー	事業所名:	電話:	担当者名:

※連絡窓口(普段の連絡先です)

第1 連絡先	(ふりがな) 氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
	続柄	住所	〒 -		
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無
	勤務先 職種	勤務先		職種	

第2 連絡先	(ふりがな) 氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
	続柄	住所	〒 -		
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無
	勤務先 職種	勤務先		職種	

以下は、当施設をご利用される皆様に、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望等をお伺いするための内容です。  
 ご本人・介護に携わるご家族・ご親族の皆様で、よくご相談のうえ、率直なお考えをお書きください。

1. 今回のお申込みの「理由」や「目的」をご記入ください(ご本人が回答が難しい場合は空欄でも可)

本人	家族

2. 上記の「理由」や「目的」は、ご本人とご家族間で共有できていますか?

共有できている 共有できていない → (話し合いにより → 共有できそう・共有が難しい)

3. 今後サービス利用を通じてご希望される事をご記入下さい(優先順をつけてできるだけ具体的に)

ご本人のご希望	ご家族のご希望
1	1
2	2
3	3

裏面もございます

# 請求書送付先および緊急連絡先

いずれかを○で囲んでください

「第1連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「第2連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「その他(下記にご記載ください)」

請求書送付先	(ふりがな) 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	続柄		住所	〒 -
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②
		FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		
勤務先 職種	勤務先			職種

いずれかを○で囲んでください

「第1連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「第2連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「その他(下記にご記載ください)」

緊急連絡先 ①	(ふりがな) 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	続柄		住所	〒 -
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②
		FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		
勤務先 職種	勤務先			職種

いずれかを○で囲んでください

「第1連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「第2連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「その他(下記にご記載ください)」

緊急連絡先 ②	(ふりがな) 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	続柄		住所	〒 -
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②
		FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		
勤務先 職種	勤務先			職種

いずれかを○で囲んでください

「第1連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「第2連絡先と同じ(記載不要です)」 / 「その他(下記にご記載ください)」

緊急連絡先 ③	(ふりがな) 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	続柄		住所	〒 -
	連絡先 ①	FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		連絡先 ②
		FAX: 有・無 / 留守電: 有・無		
勤務先 職種	勤務先			職種