

# 登録申込書

申込日 令和 年 月 日

以下のとおり、小規模多機能ハウスこんへの登録を申し込みいたします。

ご本人

フリガナ				
氏名	印 (代筆者 印)	男・女	生年月日	明治 大正 昭和
				年 月 日 満 歳
住所	住所			
	電話番号	( ) - -		
		1. 家族と同居	2. 老人世帯	3. 独居
		4. 独居で身よりなし		
		5. 施設入所中	(施設名 )	(所在地 )
			(電話番号 )	
介護認定	1. 申請していない 2. 申請中 ( 月 日頃申請済み)			
	3. 認定を受けている 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			
	認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日			
疾病	認知症の診断を受けていますか	1. はい	(診断名 )	(医療機関名 )
		2. いいえ		
	現在治療(服薬を含む)の疾病	1. あり	(病名 )	(医療機関名 )
		2. なし		
特別な治療	1. インシュリン 2. 酸素療法 3. 人工透析 4. 心臓ペースメーカー			
	5. その他 ( )			
ようす	移動	1. 一人で歩ける 2. 支えがあれば歩ける 3. 車椅子を自分で操作 4. 歩けない		
	排泄	1. 自立 2. 声かけや着脱の介助 3. オムツ 4. バルーン・人工肛門等		
	食事	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 介助が必要		
	食事の形態	1. 普通食 2. 制限食や加工(刻む等)必要 3. 経管栄養		
	会話	1. 会話できる(その場限りも含めて) 2. 会話は難しい		

申込者

連絡先	氏名		本人との関係	1. 本人 ) 2. 家族(続柄 ) 3. 施設等機関 ( )
	住所	〒		
	電話番号		携帯電話	
	FAX		メール	
上記以外の連絡先			待機期間中の支援	
居宅介護支援事業者名				
連絡先				
担当者				