

様

## ブルーミングケア南桜井 新規・体験利用申込書

申し込み日 年 月 日

|        |                  |    |           |          |  |
|--------|------------------|----|-----------|----------|--|
| フリガナ   |                  | 性別 | 生年月日      |          | 年齢   |
| 利用者氏名  |                  |    | 電話        |          |  |
| 住所     | 〒                |    |           |          | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 独居 |
| 被保険者番号 |                  | 身障 | 有 ( 種 級 ) | ・無       | 生保 有・無   |
| 要介護状態  | 申請中・要介護1・2・3・4・5 |    | 認定日       | 令和 年 月 日 |  |
| 有効期間   | 令和 年 月 日         | ～  | 令和 年 月 日  | 自己負担額    | 1割・2割・3割   |

|            |  |       |  |
|------------|--|-------|--|
| 居宅介護支援事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 担当ケアマネ     |  | 電話    |  |
| 所在地        |  | FAX   |  |

|         |  |    |  |
|---------|--|----|--|
| 緊急連絡先氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所      |  | 電話 |  |

|                  |  |       |  |
|------------------|--|-------|--|
| 医療機関名            |  | 主治医氏名 |  |
| 所在地              |  | 電話    |  |
| 診断名              |  |       |  |
| 医療情報<br>(服薬内容含む) |  |       |  |

|       |                   |         |                 |
|-------|-------------------|---------|-----------------|
| 体験希望日 | 年 月 日             | ご利用開始希望 | 年 月 日 頃から       |
| 利用希望日 | 週 回 月・火・水・木・金・土・日 | 送迎      | 往復 片道(行き・帰り) 不要 |
| 宿泊希望  | 無・有 ( )           | 入浴希望    | 無・有 リハビリ希望 無・有  |

|      |                             |  |  |
|------|-----------------------------|--|--|
| 歩行状態 | 自立・杖・歩行器・装具・装具+杖・車椅子<br>特記： |  |  |
|------|-----------------------------|--|--|

|      |      |                             |      |                 |
|------|------|-----------------------------|------|-----------------|
| 認定調査 | 嚥下   | できる・見守り・できない                | 食事摂取 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
|      | 口腔清掃 | 自立・見守り・一部介助・全介助 ※認定調査用紙から転記 |      |                 |

|        |           |       |                  |  |
|--------|-----------|-------|------------------|--|
| 主治医意見書 | 摂食嚥下機能の低下 | あり・なし | ※主治医意見書の4(3)から転記 |  |
|--------|-----------|-------|------------------|--|

|         |              |        |     |        |    |       |
|---------|--------------|--------|-----|--------|----|-------|
| チェックリスト | 固い物がたべにくくなった | はい・いいえ | むせる | はい・いいえ | 口渇 | あり・なし |
|---------|--------------|--------|-----|--------|----|-------|

|     |                    |  |  |  |  |
|-----|--------------------|--|--|--|--|
| 認知症 | なし・あり(自立度： ) 問題行動： |  |  |  |  |
|-----|--------------------|--|--|--|--|

|     |                    |  |  |  |  |
|-----|--------------------|--|--|--|--|
| 感染症 | なし・あり(診断名： ) 対応方法： |  |  |  |  |
|-----|--------------------|--|--|--|--|

|                 |        |
|-----------------|--------|
| 食事・更衣・排泄・入浴・移乗等 | 自立・介助： |
|-----------------|--------|

|   |  |
|---|--|
| ブルーミングケア南桜井 担当 鈴木ひとみ：048-796-0227 (FAX) |  |
|---|--|