

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 <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 (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 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)	
---	--