

高齢者総合生活支援施設あい・いからしの郷
小規模多機能型居宅介護 利用申込書

記入日	平成 年 月 日	記入者				
利用 予定者	フリガナ	性別	男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日	年齢 歳
住所	〒		電話	()		
介護者		続柄		電話	()	
住所			携帯	()		
介護 保険	被保番	介護	要支援 要介護	認定期間	～	
既往 往 歴				内服 薬		
主治医						
日常生活動作（ADL）						
移動	独歩・杖・歩行器・車椅子（自力・介助）			着脱	一人のできる・少し介助・すべて介助	
食事	自立・少し介助必要・ほとんど介助・全部介助 経管栄養・他（ ）			聴力	障害無・やや難聴（左・右）・難聴	
排泄	自立、少し介助必要、見守り必要 ほとんど介助必要、すべて介助			言語	障害無・少し不自由・不自由	
入浴	自立・少し介助 すべて介助（自宅・デイサービス・訪問入浴）			会話	普通・どうにか可・不可	
認知症	無・有 症状/記憶障害・理解判断力の低下・不安感・幻覚・徘徊・抵抗・他（ ）					
家族 構成						
※その他、お気づきのことをご記入ください。						
※施設記入欄						
				施設長印	管理者印	受付者印
				□	□	□