

# 小規模多機能居宅介護サービス なの花 利用受付票

記入日：平成      年      月      日

利用希望者	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
	住所 〒      -				
申込者	フリガナ	続柄	連絡先		
	氏名	年齢	電話：	-	-
			携帯：	-	-
住所 〒      -					
利用希望者の現状	■現在の主な介護者 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他（続柄：      年齢：      性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 住居： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別世帯）				
	■介護が必要になった時期 <input type="checkbox"/> 半年前頃 <input type="checkbox"/> 1年前頃 <input type="checkbox"/> 1年半前頃 <input type="checkbox"/> その他（      年前頃）				
	■要介護認定状況 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護認定済（要支援： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2      要介護： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）				
	■現在利用中の介護サービス <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 現在利用していない <input type="checkbox"/> 利用したことがない <input type="checkbox"/> その他（      ）				
	■現在利用中の介護用品 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> その他（      ）				
	■利用希望者の入院歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（主病名：      回数：      回      時期：      ）				
	■持病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（主病名：      通院頻度：月      回      通院手段： <input type="checkbox"/> 徒歩・電車等 <input type="checkbox"/> 自家用車）				
	■現在服用中の薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（主な処方薬名：      ）				
	■利用希望者の生活習慣   職歴：（      ）      趣味：（      ） 飲酒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に      回程度）      喫煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（1日に      本程度）				
	■利用申込理由 <input type="checkbox"/> 身体・精神的な負担軽減 <input type="checkbox"/> 経済的な負担軽減 <input type="checkbox"/> その他（      ）				
なの花の利用について	■利用希望者の意志 <input type="checkbox"/> 利用を希望している <input type="checkbox"/> 利用を希望していない <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない				
	■利用したいサービス <input type="checkbox"/> 通い（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問（ヘルパーサービス） <input type="checkbox"/> 泊り（ショートステイ）				
	■利用を希望する曜日 通い： <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に決めていない（週に      回程度利用したい） 訪問： <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に決めていない（週に      回程度利用したい） 泊り： <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に決めていない（月に      回程度利用したい）				
	■利用開始希望時期 <input type="checkbox"/> できるだけ早期 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内				

ご相談やご心配なことなどがございましたら裏面にご記入ください。 お問合せ電話番号：045-542-7817

