

小規模多機能ホーム 悠々オアシス 利用申込書

年 月 日

利用希望者	氏 名 〔 男 ・ 女 〕
	生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (歳)
	住 所 〒 _____
	電話番号
申込代理人	氏 名
	住 所 〒 _____
	電話番号 <div style="margin-left: 20px;"> 自 宅 _____ 会 社 _____ 携 帯 _____ その他 _____ </div>
	続 柄
申込理由	
家族構成	
添付書類	介護保険証コピー 要支援1. 2 要介護1. 2. 3. 4. 5

施設 → 市役所へ 提出書類

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| ① サービス計画依頼（変更）届け | 年 | 月 | 日 |
| ② 須坂市記録情報提供申請書 | 年 | 月 | 日 |
| ③ 居宅サービス計画適用終了届け | 年 | 月 | 日 |

利用申し込み時の身体状況等確認表

<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名・入院期間) 信州医療センター・新生病院・病院 (傷病名)			
<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名・入所期間)			
<input type="checkbox"/> ショート利用中 (施設名・利用期間)			
<input type="checkbox"/> デイサービス利用中 (施設名・利用期間)			
<input type="checkbox"/> 訪問サービス利用中 (施設名・利用期間)			
<input type="checkbox"/> その他サービス利用中			
利用を開始する予定年月日	令和 年 月 日		
日常生活の状況			
座っていることが	できる	ややできる	できない
食事は一人で	できる	ややできる	できない
排泄は一人で	できる	ややできる	できない
便意等教えることが	できる	ややできる	できない
入浴は一人で	できる	ややできる	できない
歩行は一人で	歩ける	歩けない	
使用している補助具	杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
着替えは一人で	できる	ややできる	できない
麻痺等の有無	無・有 (右: 手 ・ 足 左: 手 ・ 足)		
床ずれ	無・有 (部位: 右・左 仙骨・腸骨・)		
会話は	できる	ややできる	できない
意志の疎通	できる	ややできる	できない
睡眠	眠れる	やや眠れる	眠れない
飲んでいる薬			
感情の不安定	ない	時々	ある
目が離せない	ない	時々	ある
備 考			