

居宅介護支援事業所 武蔵野館 申込書

ご記入日：平成 年 月 日

□ご利用者様について

氏名	性別	生年月日
フリガナ 様	男性・女性	明・大・昭・平 年 月 日
住所		
電話番号	FAX	携帯電話
() -	() -	() -

□介護保険被保険者証について

介護保険被保険者番号	申請	要介護状態区分等
	している・していない・申請中	要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
認定年月日	認定の有効期間	
平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

□病気について

主治医・医療機関名	主治医氏名		診療科
既往歴	発症年月日	治療の有無	経過
	平成 年 月 頃	している・していない	
	平成 年 月 頃	している・していない	
	平成 年 月 頃	している・していない	

□現在のご様子について (一人で出来ている事、何らかの支援が必要な状態等で判断)

該当する所に○をつけて下さい。介護の参考にさせていただきます	
乗り移り動作	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
入浴	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
食事	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
排泄	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
通院	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
家事全般	行う事が出来る・声掛けが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
管理	行う事が出来る・声掛けが必要・一部管理が必要・全ての管理が必要

□主介護者様について

氏 名	性 別	生 年 月 日
フリガナ 様	男性・女性	明・大・昭・平 年 月 日
住 所		
電話番号	FAX	携帯電話
() -	() -	() -
就労状況	連絡を希望する曜日と時間	
している・していない		
健 康 状 態		
健 康 ・ 精神的疲労あり ・ 身体的疲労あり ・ 精神的身体的疲労あり		

□ご相談内容（該当する項目にレ点チェック願います）

<input type="checkbox"/>	介護保険法について詳しい説明を聞きたい
<input type="checkbox"/>	早急にサービスを希望する
<input type="checkbox"/>	将来的に介護施設等を希望しているので各種施設についての説明をして貰いたい
<input type="checkbox"/>	ベッドや手すり等の介護をしていく為の環境を整えたい
<input type="checkbox"/>	その他（ご相談内容をご記入下さい）

【お申込み先】

居宅介護支援事業所 武蔵野館

☎ : 0422-36-7716 ・ Fax : 0422-36-2255

住所 : 東京都武蔵野市関前 2-16-5 ・(事業所番号 : 1373302304)