

# 小規模多機能型居宅介護施設 朝日登録申込書

令和 年 月 日

申込者 氏

住 所

氏 名

印

利用者との続柄( )

電話番号

利用者	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日( 歳)
	住所				電話番号	
世帯状況	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他の同居人	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無		
主たる介護者				続柄		
連絡先	氏名	続柄	住 所	電話番号		
主治医	医療機関名			医師名		
介護保険番号	0000					
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
担当ケアマネージャー	氏名	事業所名				
現在の環境	・在宅 ・入院中( ) ・施設( ) ・その他( )					
介護状況(介護して困っている事など)						
在宅サービス状況						
<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回) <input type="checkbox"/> デイケア(週 回)						
<input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ( )						
<input type="checkbox"/> 福祉用具( ) <input type="checkbox"/> その他( )						

- 1・申込書記入につきましては、必要事項をご記入ください。
- 2・申込受理後、利用に関しては随時連絡させていただきます。
- 3・お待ちになっている間に心身の状況等の変化、他施設入所の際はご連絡下さい。
- 4・御不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。

朝日サポートセンター 0223-22-0930

担当 佐伯貴博