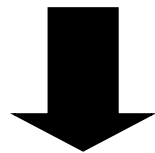


ご登録までの手続き

① 申込書類の提出



② ご面談



③ 利用判定会議



④ 利用契約締結

⑤ ご利用開始

■ 申込書類等の提出

- (1) 利用申込書
 - (2) 診療情報提供書 ※書式は問いません
 - (3) ご利用者の心身状況
- 必要事項を記入の上、ご提出下さい。

■ 申し込み後待機となった場合

- (1) 定期的に、最新情報をこちらからご連絡をさせていただきます。
- (2) 待機の順番が来た場合、ただちにご連絡をさせていただき、お返事につきましては、できるだけ早い段階でお願いいたします。

■ ご面談

*ご面談をさせていただき、お世話するうえで参考になる事柄をお聞きいたします。その他ご家族のご要望もお伺いいたします。

*「介護保険被保険者証」「後期高齢者医療受給者証」「健康保険証」「身体障害者手帳」をご用意ください。

*上記の結果、医師の診断書を提出していただく場合もございますので、あらかじめご了承下さい。

■ ご利用者様の決定

面談後、入居判定会議を開催し、結果をご連絡をさせていただきます。

*会議の結果、入居をお断りをする場合がございます。あらかじめご了承ください。

契約締結後は、当日よりご入居いただけます。

看護小規模多機能居宅介護
つついの杜

TEL(078)221-3139

つついの杜 ご利用申込書

申込日
令和 年 月 日

お申込者	ふりがな		続柄	男	生年月日		
	氏名			女	M・T・S		
	住所	〒 電話 () - 携帯電話 () -					年 月 日 (歳)
ご利用者様	ふりがな		男	生年月日			
	氏名		女	M・T・S			
	住所	〒 電話 () -					年 月 日 (歳)
	介護保険 認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	居宅介護支援事業所名		ケアマネジャー		電話番号		
					() -		
ご家族構成	氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居	備考	
			・		同居・別居		
			・		同居・別居		
			・		同居・別居		
			・		同居・別居		
			・		同居・別居		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし						
	<input type="checkbox"/> 同居	(誰と)			在宅かかりつけ医		
	<input type="checkbox"/> 入院中	(病院名:) 年 月より入院中			主治医等		
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	(施設名:) 年 月より入所中			主治医等		
	申込み理由						

FAX(078)221-3145

ご利用者の心身状況

つついの杜

意志の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能（自立・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> できない（全面的な介助が必要）
食事	<input type="checkbox"/> 一人で行える（箸・スプーン） <input type="checkbox"/> 介助が必要（セッティング・一部・全面） <input type="checkbox"/> 飲み込みは問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みができない
更衣	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 介助が必要（一部・全面）
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 介助が必要（一部・全面）
排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 手を貸せばできる <input type="checkbox"/> トイレ誘導必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
補助具	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
嗜好など	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他()
趣味	
問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(有の場合) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> その他

本身上書の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

お申込者氏名

㊞

代理人

㊞

診療情報提供書

つついの杜

ふりがな				男 女	生年月日
氏名					M・T・S
住所	〒				
病名・発症年月日			現病症		
既往歴・発症年月日			処方内容		
入所に関する主治医の意見					
アレルギーの有無	無・有()				
身体状況	運動障害 無・有()		視力障害 無・有()		
	言語障害 無・有()		聴力障害 無・有()		
日常生活の自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
問題行動	無 徘徊 不穏 攻撃行動 不潔行為 その他()				
精神状態	正常 不安 うつ 興奮 幻覚 妄想 睡眠障害 その他()				
血圧	/	心電図	異常なし 異常有り	胸部X-P	
血液検査	実施日: 年 月 日		★血液検査・感染症検査データを添付して下さい。		
感染症	HCV抗体 HBs抗原 MRSA 疥癬(マイナスの場合も既往があればご記入下さい。)				
褥瘡	無・有 部位()程度 大きさ() 処置()				
その他(各項目の結果など)			令和 年 月 日 医療機関名 所在地 電話 医師氏名		