

利用申込書

受付日

貴事業所を利用したいので、次の通り申し込みます (記入日) 平成 年 月 日

ふりがな			生 年 月 日
利用者氏名	男 女	明・大・昭 年 月 日	
現住所	〒 - 連絡先 TEL ()		
身元引受人	氏名	利用者との関係	
	住所	〒 - 連絡先 TEL ()	・配偶者 ・子 () ・その他 ()
	勤務先		
	勤務先住所	〒 - 連絡先 TEL ()	
現況	1. 自宅（主介護者： 続柄： ） 2. 入院（または入所）中（病院・施設名： ） 入院（または入所）年月日： 年 月 日より		
介護保険被保険者番号		保険者名	新潟市
健康保険証	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（記号番号： ） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険（記号番号： ） <input type="checkbox"/> その他（種別： 記号番号 ）		
担当 介護支援専門員	氏名： 事業所名： 連絡先電話番号：		
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定有効期間： ～		
身体障害者手帳	1. 有 (等級 種 級) 2. 無		
年金	1. 受けている (月額： 円) 2. 受けていない		

現在治療中の病気			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
既往歴			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
		年 月 日 ～	年 月 日
精神状態（行動） ※あてはまるものに○ をつけて下さい	1. 夜間せん妄（夜間の興奮、幻覚、精神錯乱） 2. 家族・知人を混同するなど人を間違える 3. 失見当識（季節感・時間の感覚、場所がわからなくなる） 4. 邪推がひどく事実出ないことを事実と思いつむ 5. 物忘れがひどく、食事、荷物の場所を忘れることがある 6. 火の不始末がある 7. 幻覚・妄想がある 8. 徘徊、外出してしまい道に迷う 9. 暴力的・攻撃的になる 10. 昼と夜が逆転している 11. 異食行為（食物とされていない物を食べる）がある 12. 不潔行為がある 13. 性的な異常行為をする 14. 作り話がある 15. その他（ _____ ）		
ご本人様についての情報（お差支えのない範囲でご記入下さい） 豊かなコミュニケーションやご本人様のニーズに合ったサービスの提供に活用します			
出生地		性 格	
過去の職業		自慢話	
愛 称		苦労話	

社会福祉法人 遊生会

両親 氏名		兄弟 氏名	健・死
			健・死
			健・死
			健・死
子・孫 氏名など	(続柄)	(職業・学校)	
	(続柄)	(職業・学校)	
	(続柄)	(職業・学校)	
	(続柄)	(職業・学校)	
	(続柄)	(職業・学校)	
	(続柄)	(職業・学校)	

過去の出来事			
出生～			
10代～			
20代～			
30代～			
40代～			
50代～			
60代～			
70代～			
80代～			
好きな食べ物		好きな歌・踊り	
嫌いな食べ物		本人の癖	
得意な事		得意料理	
苦手な事		畑仕事	
大切な物		お風呂	
よく行った場所		好きな服装	
好きな動物		近所付き合い	
起床時間		お酒・たばこ	
就寝時間		趣味	

緊急時の連絡先			
第一連絡先：氏名		(続柄：)	
電話番号			
勤務先 (電話番号)	
第二連絡先：氏名		(続柄：)	
電話番号			
勤務先 (電話番号)	
かかりつけ医	電話番号：		
緊急搬送先			
内服薬	使用している薬品名と用量・回数についてご記入下さい		
麻痺 (有・無)	アレルギー (有・無)	歯科治療 (有・無)	
かくれんぼを利用するにあたってのご要望など			