

# 小規模多機能型居宅支援介護 ジロール麹町 利用申込書

〈申込者〉 平成 年 月 日

氏名	対象者との続柄	
住所	〒	
連絡先	(電話)	(携帯)
	(FAX)	

〈対象者〉

ふりがな		性別	
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	〒		
介護認定	電話番号		
	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度 ) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中( 月 日)		
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	(事業所名) (担当ケアマネージャー) (電話)		
かかりつけの病院	主治医	病院	科 先生(電話)
	主治医	病院	科 先生(電話)
既往歴			
認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー性 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他( ) ※認知症の診断を受けている方のみご記入ください		
入所入院中の施設	(施設・病院名) (担当者名) (電話)		
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )福祉事業所 担当者名( )		
備考			

サービス開始にあたってのご要望等
------------------

(お問い合わせ先) 社会福祉法人 新生寿会 ジロール麹町  
(電話) 03-5822-2650 (FAX) 03-5822-5360

受付日	
受付者	
面接日	/