

小規模多機能ハウスあい美原（小規模多機能型居宅介護）

利用申込書

小規模多機能ハウスあい美原利用希望のため申し込みます。

令和 年 月 日

申込者	氏名	本人・ケアマネ・家族（続柄： ( )）・その他 ( )	
	住所 〒		
	連絡先	( )	( )

\*担当のケアマネージャー ( ) 居宅支援事業所名 ( )

\*今後の連絡先☛本人・家族 ( )・ケアマネ・施設 ( )・病院 ( )

利用者	ふりがな	男	生年月日	明・大・昭
	氏名	女	年 月 日	歳
	住所 〒	—		
	函館市	電話 ( )		

介護保険被保険者番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )
---------	---------------------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所 〒	
	電話 自宅 ( )	勤務先等

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	電話番号	職業	備考

現在の状況	1 在宅で生活中 独居・家族 ( )	主治医・定期受診病院・既往症等
	2 入院中 医療機関名_____	
	3 施設入所中 施設名_____	

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

\*移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助/独歩・杖歩行・歩行器使用・車いす・その他 ( )

\*食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

\*排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル・おむつ使用（常時・夜間のみ）

\*認知症： 有 ・ 無 ( )

\*感染症： 有 ・ 無 ( )

\*必要としている医療的処置： 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） 在宅酸素 人工透析  
ペースメーカー 尿管カテーテル インスリン注射 その他 ( )

利用希望相談内容等	備考
-----------	----

連絡先 〒041-0806 函館市美原3丁目13-32

TEL. 0138-83-6166 FAX. 0138-83-6168