

□新規 □再

# マイルドハート西荻申込書

事業所番号 1371506724

施設名	社会福祉法人 鶴足津福祉会 マイルドハート西荻
担当者	生活相談員
TEL	03-3390-2831
FAX	03-3390-3022

申込日  
年 月 日

結果通知  
年 月 日

支援事業所番号 及び 事業所名
担当者
TEL
FAX

利用者情報	ふりがな	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生( 歳)	
	氏名							
	住所	〒					被保番	
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	負担割合	割	負担段階	1・2・3・4		
	申込者名 (代理人名)	続柄( )		連絡先	TEL	携帯		
	家族状況	同居 独居 高齢者世帯 その他:						
身体状況	申込理由	介護者の(休養・病氣・冠婚葬祭)・本人の希望・その他:						
	移動	歩行(立位 つたい歩行 介助) 杖(有 無) 車いす(自操 介助) 歩行器						
		転倒の可能性(大 中 小)		その他注意点				
	排泄	自立 介助 ポータブル リハビリ オムツ パット 普通の下着						
		その他注意点:						
	食事	自立 介助(見守り 一部介助 全介助), 主食(常食・粥・パン・ミキサー) 副食(常食・きざみ・ミキサー)						
		その他注意点 糖尿食 減塩食 禁食(魚・卵・そば)					療養食加算 有 無	
	入浴形態	アレルギー 無 有( ) その他:						
		個別浴 一般浴 機械浴 : 介助の内容( )						
	認知症	認知症老人の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V M						
問題行動 徘徊 同じ話の繰り返し 暴言 興奮 昼夜逆転 物取られ妄想 その他:								
現病名	伝染性疾患(結核など)の有無の確認含む							
医療処置	有 無 ※有の場合は内容を記入			エアーマット使用		有 無		
	<input type="checkbox"/> カテーテル類 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 人工透析 その他:							
利用希望日	第1希望	年 月 日( )~ 日( )【泊 日】						
	第2希望	年 月 日( )~ 日( )【泊 日】						
	希望なし	いつでも可 / (ただし 月上・中・下旬 頃に 泊 日くらいで)						
	キャンセル待ち	希望する	希望しない	備考				
送迎希望	有 無							

注:(施設内の事故防止のため、面接時に記入情報が現況と著しく違っていると認められる場合は、利用不可となる場合があります。)

施設返信欄	①利用可否	可 ・ 否	②否の場合、キャンセル待ちについて 可 ・ 不可				
	③利用可能日	年 月 日( )~ 日( )【泊 日】 年 月 日( )~ 日( )【泊 日】					
	④入居時間	:	⑤退所時間				:
	⑥送迎	可 否 その他( )					
	⑦備考						