

株式会社ソルヘム 陽だまりの家
小規模多機能型居宅介護 共通利用申込書

| | |
|-----|--|
| 受付日 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 </div> |
|-----|--|

| 利用希望（事業所） | 所在地 | 電話番号 | 備考 | 受付担当者 |
|--------------------------------------|----------------|--------------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> 陽だまりの家 こうなん | 鳥取市興南町21-4 | 0857-50-0966 | 鳥取市民に限る | |
| <input type="checkbox"/> 陽だまりの家 かわはら | 鳥取市河原町渡一本230-1 | 0858-85-1610 | 鳥取市民に限る | |

| | | | | |
|-------|------|----------------------|------|---|
| 利用希望者 | ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 生 |
| | 住所 | 〒 ー | 電話番号 | |

| |
|------|
| 入所理由 |
|------|

| | | | | | | | | |
|-------------------|---|----|------|-----|-------------------------------|--|------|-----|
| 介護保険及び 現在の利用状況 | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | 負担割合 | | 割 | | | |
| | ケアマネジャー | 氏名 | 事業所 | | 電話番号 | | | |
| | 利用中のサービス | | 事業所名 | 回/週 | 利用中のサービス | | 事業所名 | 回/週 |
| | <input type="checkbox"/> 通所（デイ） | | | | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | | | | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------|------|----------------------|--------|---|
| 申込者 （代理人） | ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 ー | 自宅電話番号 | |
| | | | 携帯電話番号 | |
| | | | FAX番号 | |

| | | | | |
|-------|------|----------------------|-------|---|
| 緊急連絡先 | ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 ー | 連絡先① | |
| | | | 連絡先② | |
| | | | FAX番号 | |

| | | | | |
|-------------|------|----------------------|--------|---|
| 利用料等 支払者 | ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 ー | 自宅電話番号 | |
| | | | 携帯電話番号 | |
| | | | FAX番号 | |
| 備考 | | | | |

私（利用希望者本人及びその家族等）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所
他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

株式会社ソルヘム

代理人氏名

印

| | | | | | |
|---------------|--|---|------|---|--|
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名・障害部位) | | | | |
| 精神障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) | | 療育手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) | |
| 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名 【 】 年 月から入所 (院) 中 | | | | |
| かかりつけ医 | 医師名 | | 医療機関 | | 電話番号 |
| 特別な医療等 | | | | | |
| 病 歴 | 病名 | 入院・通院医療機関 | | 治療中・終了 | 時期・経過 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 | |
| 認知症 | 認知症の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 認知症の診断名 | |
| | 受診状況 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 医 (病) 院名 | 主治医 |
| | 経過 | | | | |
| | 症状等 | <input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 日常生活動作 | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容) | | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容) |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き | | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容) |
| | | <input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) | | 着替え | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容) |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容) | | 会話 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 | | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない |
| | | <input type="checkbox"/> ミキサー むせ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない |
| 性格・対人関係 | <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き | | | | |
| サービス利用についての希望 | ①通い | <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> 入浴の介護 <input type="checkbox"/> 生活相談・指導 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | ②泊り | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 (回 / 週) (回 / 月) | | | |
| | ③訪問 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 何曜日でも可 (回 / 週) (回 / 月) 希望サービス <input type="checkbox"/> 家事援助 () <input type="checkbox"/> 身体介護 () | | | |

【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等（何でもお書きください）】

私（利用希望者本人及びその家族等）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所
他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

株式会社ソルヘム

代理人氏名

印