

# マリーゴールド 利用・体験申込書

送付先 FAX:048(731)7032 TEL:048(738)4655

ふりがな				性別	明治・大正・昭和			
利用希望者名				男・女	年	月	日生(	歳)
ご住所				電話番号	( )			
緊急時等の 連絡先	氏名	同居/別居	続柄	電話番号	その他			
		同・別						
		同・別						
介護保険情報	保険者	住所地特例(有・無)						
	被保険者番号							
	認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日
	要介護区分	申請中( )日申請) 要支援1 要支援2 事業対象者 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5						
	在宅サービス減額	無・有・生活保護	負担割合	1割・2割・3割				
既往歴								
かかりつけ医	病院名	医師名			連絡先			
身体機能・ 精神機能及び 日常動作	入浴	自立	一部	全介				
	排泄	自立	一部	全介	オムツ	リハパン	尿パッド	トイレ可
	食事	自立	一部	全介	箸	スプーン	フォーク	
	歩行	自立	一部	全介	杖	車椅子	補装具	
	視力	普通	弱視	全盲				
	聴力	普通	少し	難聴				
	言語	普通	やや	不自由				
	理解	普通	やや	困難				
	洗面	自立	一部	全介				
	着脱	自立	一部	全介				
	認知症	無	少し	有	(日常生活自立度 I・II・III・IV・M)			
	BPSD	無	有	(徘徊 失禁 介護への抵抗 収集癖 異食)				
特別な医療	ペースメーカー(有・無) 人工透析(有・無) その他( )							
利用希望パ ターン	曜日	月・火・水・木・金・土						
	入浴	あり・なし (入浴のご提供は、利用契約後となります)						
	送迎	あり・なし 片道のみ(往路・復路)						
見学・体験等	希望形態	ご見学	半日体験	1日体験	送迎(往復 往路のみ 復路のみ 不要)			
	日時等	昼食希望(有料) なし・あり( 人分)						
備考								
居宅介護 支援事業所	事業所名及び住所	指定番号						
		担当ケアマネ						
	電話番号	FAX番号						

※ 体験時の服薬等について注意事項があれば、備考欄にご記入ください。