

利用申込書

記入日: 令和 年 月 日

希望サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所／ローゼンヴィラ弐番館(多床室)・空床型ローゼンヴィラ参番館(ユニット型個室) <input type="checkbox"/> 通所介護／介護予防通所型 (在宅福祉センターヴェルフ藤原) <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護／介護予防通所型 (ローゼンホーム上山デイサービスセンター)								
フリガナ	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 歳								
ご利用者氏名	性別 男 ・ 女								
	要介護度	要支援1	要支援2	1	2	3	4	5	申請中
認知症高齢者の日常生活自立度		障害高齢者の日常生活自立度	家族構成			本人、			
現住所	〒 -					※同居家族を○で囲んでください 添付書類の有無			
電話番号	Tel					<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険限度額認定証 <input type="checkbox"/> 認定調査票 (有りの場合、状況の欄の記載は不要) <input type="checkbox"/> 主治医意見書(有りの場合、既往歴の欄の記載は不要) <input type="checkbox"/> 薬の説明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証			
介護者氏名	フリガナ					現行サービス状況・または今後の予定			
現住所	〒 -								
電話番号	連絡先 ()					携帯 ()			

介護支援専門員	事業所				フリガナ	
	住所	〒			担当者	
	TEL				FAX	

主治医(かかりつけ医)	病院名			住所	
	主治医		診療科目	TEL	
既往歴・現病歴(感染症など)			発症日	受診状況(○か月に1回など)	

ご利用者の状況	移動	徒歩・見守り・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子(自走: 可・不可) [立位: 可・介助可・不可] [座位 可・介助可・不可]				
	視力	日常生活に支障 なし・あり				
	聴力	日常生活に支障 なし・あり 補聴器の使用 なし・あり				
	麻痺	なし・あり (特記事項:)				
	認知	記憶: 支障 なし・あり (特記事項:)				
	排泄	自立・一部介助・全介助 (特記事項: リハビリパンツ・パット・尿器、バルーン)				
	入浴	自立・一部介助・全介助 [機械浴・一般浴]				
	食事	一般食・制限食・その他() [禁食、アレルギー、制限:]				
	義歯	あり・なし(上・下・一部)				

利用目的			好きなこと	
			嫌いなこと	

●送迎	普通座席・車椅子座席・送迎無し	●立会い	有()・無
●利用開始時期	令和 年 月 日頃から	○居室希望	個室 二人部屋
*希望利用曜日	月・火・水・木・金・土・曜日指定無しの単発利用		

注釈) ●印はショートステイ・デイサービス共通項目 *印はデイサービス希望/○印はショートステイ希望の場合のみ記載してください。

備考欄				
-----	--	--	--	--

ローゼンヴィラ弐番館ショートステイ	TEL 047-430-7922	FAX 047-430-7931	担当 津川・千葉
ヴェルフ藤原デイサービスセンター	TEL 047-430-0002	FAX 047-430-0004	担当 村上・吉野
ローゼンホーム上山デイサービスセンター	TEL 047-404-8877	FAX 047-404-8878	担当 嶋田・高橋