

# 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／ローゼンヴィラ武番館(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
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						
フリガナ										
介護者氏名										
現住所	〒 -		現行サービス状況・または今後の予定							
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					
-----	--	--	--	--	--

ローゼンヴィラ武番館ショートステイ TEL 047-430-7922  
 ヴェルフ藤原デイサービスセンター TEL 047-430-0002  
 ローゼンホーム上山デイサービスセンター TEL 047-404-3330

FAX 047-430-7931  
 FAX 047-430-0004  
 FAX 047-404-3331

担当 津川・千葉  
 担当 村上・吉野  
 担当 嶋田・高橋