

利用申込書

申込日
令和 年 月 日

届出者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
	連絡先	TEL	(自宅 ・ 携帯)	

利用者	フリガナ		性別		生年月日		年齢				
	氏名						歳				
	住所	〒 -									
	電話番号		携帯								
	被保険者番号										
	要介護度	申請中	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	認定有効期間	～						生活保護	有	無	
居宅					担当ケアマネ						

連絡先	フリガナ		続柄		☎	自宅	-	-
	氏名					勤務先	-	-
	住所					携帯	-	-
	フリガナ		続柄		☎	自宅	-	-
	氏名					勤務先	-	-
	住所					携帯	-	-
	フリガナ		続柄		☎	自宅	-	-
	氏名					勤務先	-	-
	住所					携帯	-	-

病歴・生活歴	病院名					電話番号					
	主治医氏名			住所							
	診断名 (既往歴)										
	認知症	有	無	糖尿病	有	無	入れ歯	有	無		
	誤嚥性肺炎	有 (発症日: 年 月 日) ・ 無									
	感染症	有 HBs-Ag ・ HCV-Ab ・ MRSA ・ TPHA ・ 疥癬 ・ 不明 ・ 無									
	アレルギー	有 吸入性 (ほこり・花粉等) ・ 食物性 () ・ 接触性 (化粧品・布類等) ・ 無									
	カロリー制限	有 1日 (kcal) ・ 無			塩分制限	有 1日 (g) ・ 無					
	食事形態	主食	飯	粥	ミキサー	ト口ミ	副食	普通	刻み	一口大	ミキサー

趣味嗜好	
------	--