

小規模多機能ホーム 笑顔の家 登録申込書

NO. _____

令和 年 月 日 申込

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	大・昭 年 月 日
登録者氏名				年 齡
フリガナ				電 話 番 号
登録者住所				

◎ご本人の様子

家族構成：	今 一番困っている事・不安なこと：
	ご本人がいつも口にしての言葉：
	希望されるサービスの内容・頻度：

◎ご家族様の連絡先

	氏 名	続柄	年齢	携帯電話 NO.	勤務先等の名称と電話番号
1					
2					

◎介護保険の情報

被保険者番号		居宅介護支援事業所	
要 介 護 区 分	要支援 1・2	担当ケアマネジャー	
	要介護 1・2・3・4・5	認定年月日	
認定の有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	

◎主治医の情報

医療機関名：	主な病名：	
診療科名：		
医師名：	通院： 回 / 月	内服： 有 無

申 込 者 (身元引受人)

緊急連絡先

1. 住所： _____ 電話番号： _____
 氏名： _____ (印) 続柄： _____

2. 住所： _____ 電話番号： _____
 氏名： _____ (印) 続柄： _____