

小規模多機能型居宅介護事業所

垣生倶楽部

# 登録申込書

受付日	20 年 月 日
受付者	

申込者	住所	〒		
	ふりがな			
	氏名	利用希望者との続柄( )		
	連絡先	電話 ( ) -		
		携帯	-	-

登録希望者	住所	〒		
	ふりがな			
	氏名		性別	□男・□女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日( 歳)
	介護認定	□認定済(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5) □申請中(平成 年 月 日頃) □申請していない		
	居宅介護支援事業所	事業所名( ) 担当ケアマネージャー 連絡先( - )		
	既往歴 服薬中の薬			
	かかりつけ医	病院	科	先生
	認知症の診断	□有 □無 ※有の方のみ以下のいずれかに☑を入れてください。 (□アルツハイマー型 □脳疾患性 □その他( ))		
	現在の状況	(生活拠点) □自宅(一人暮らし・高齢者世帯・家族同居) □介護施設( ) □医療機関( ) (介護サービス) □通所介護( ) □短期入所( ) □訪問介護( )		

(提出・お問い合わせ先)

〒792-0872 新居浜市垣生四丁目3番35号

新居浜医療生活協同組合 垣生倶楽部 小野

電話 (0897) 67-1688

FAX (0897) 46-5020