

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	<input type="checkbox"/> 認定済(要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中(平成 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 申請してない		
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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

F A X (0897) 46-5020