

千石にじの家 FAX : 03-5977-3033  
 看護小規模多機能型居宅介護登録受付票

氏名			生年月日	M/T/S 年 月 日 ( 才 )	
住所	文京区		電話番号		
要介護認定	未 ・ 済 ( 要介護 1 2 3 4 5 )				
担当ケアマネ	無 ・ 有	事業所名			
現在利用しているサービス	無 ・ 有 ※下記の該当サービスに○をしてください				
	訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ				
	福祉用具レンタル 訪問入浴 ショートステイ・入所				
利用しているサービス単位	限度額以内 ・ 限度額超過( 単位・円 位/月)				
主治医	無 ・ 有 ( 通院・往診 )	病院名			
主病名/病状					
相談者	家族( )・親族( )・その他( )				
相談者氏名					
相談者の電話番号					
紹介者	無 ・ 有 ( )				
当事業所での希望サービス	通所介護 ( 週 回 )				
	訪問看護 ( 週/日 回 )				
	訪問介護 ( 週/日 回 )				
	泊まり ( 月/週 日 )				
備考	※困っていること、要望など				
受付後の取り扱い(事業所記入)			組合員(未/済)		