

社会福祉法人和風会利用申込書

年 月 日

ご利用希望者（ご本人）

| | | | |
|------------|------------|----------|------|
| ご氏名 | ふりがな | | 性別 |
| | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | () | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | ケアマネジャー名 | |
| 介護度 | | 介護保険市町村名 | |
| 介護保険負担割合 | 割 | 負担限度額認証 | 第 段階 |
| 健康保険 | 後期高齢 国保 他 | 生活保護 | 有・無 |
| 障がい者手帳 | 種 級 | その他 | |

介護保険証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証はコピーがあれば記入不要です

身元引受人

| | | | |
|-----|------|----|-----|
| ご氏名 | ふりがな | | ご関係 |
| | | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | ご自宅 | 携帯 | |

ご希望のサービスの前に○印をお付けください

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 特別養護老人ホームパルハウスくさべ | <input type="checkbox"/> | パルハウスくさべ居宅介護支援事業所 |
| <input type="checkbox"/> | パルハウスくさべショートステイ (短期入所生活介護) | <input type="checkbox"/> | グループホーム紫苑 |
| <input type="checkbox"/> | パルハウスくさべデイサービス (通所介護) | <input type="checkbox"/> | 小規模多機能ハウスアスター |
| <input type="checkbox"/> | パルハウスくさべホームヘルパー (訪問介護) | <input type="checkbox"/> | ライフサポートレジデンス アスタースクエア |

利用者申し込み資料 1

| | | | |
|-----|--------------------|------|------|
| 居住 | 独居・同居（ご関係）・施設（施設名） | | |
| 既往歴 | 年月日 | 病名 | 入院機関 |
| | | | |
| | | | |
| 主治医 | 病院名 | 主治医名 | |

| ご利用中のサービス | 回数 | 事業所名 |
|-----------|----|------|
| ショートステイ | | |
| デイサービス | | |
| ホームヘルパー | | |
| 訪問看護 | | |
| 訪問診療 | | |
| その他 | | |

| |
|--------------------------|
| ご本人の生活歴（できるだけ詳しくお書きください） |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ご家族の状況

| 氏名 | 続柄 | 同居 | 別居 | 年齢 | 健康状態 | 職業 | 連絡先 |
|----|----|----|----|----|------|----|-----|
| | | | | | 良・不良 | | |
| | | | | | 良・不良 | | |
| | | | | | 良・不良 | | |
| | | | | | 良・不良 | | |

健康診断書

| | | | | | |
|--------------------|-----|------|------------|------------|---------|
| ご氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | ご自宅 () | 携 帯 () |
| 既往歴 | | | | | |
| 現病及び病名 | | | 伝染性皮膚疾患の有無 | | |
| 定期的に処方されている内服薬・注射薬 | | | | | |
| 尿検査 (定性) | 糖 | | 血液検査 | HBS Ag | |
| | 蛋白 | | | HCV Ab | |
| 血压 | | | | 梅毒血清検査 | |
| 身長 | | | 胸部 X 線所見 | | |
| 体重 | | | | | |
| 聴打診上の所見 | | | | | |
| 胸部 | | | 腹部 | | |
| その他診察所見 | | | | | |
| 機能回復訓練 | 1.可 | 2.不可 | 入浴 | 1.可 | 2.不可 |

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師

資料の記入に関して

- ① 「社会福祉法人 和風会 利用者資料」並びに「申込者状況調査表」は、ご家族あるいはご利用者の日常の生活を良くご存知の方がご記入下さい。
- ② **（介護支援の際の資料となりますので、出来るだけ詳細にお書き下さい。）**
- ② 健康診断書は利用が決まれば必要になりますが、申し込みの時点では診療情報や主治医の意見書で代用して頂いても構いません。
- ③ 主治医あるいはかかりつけの医院、病院で記入して頂いて下さい。健康診断書記入料が必要です。（6ヶ月程度の以前であればコピー可）
- ④ 記入に当たって不明な個所、ご質問は各事業所事務所までお願いします。

個人情報保護方針に関して

当法人は、当法人が取得した個人情報の取扱いに関し、個人情報の保護に関する法律、個人情報保護に関するガイドライン等の指針、その他個人情報保護に関する関係法令を遵守します。

2.個人情報の安全管理

当法人は、個人情報の保護に関して、組織的、物理的、人的、技術的に適切な対策を実施し、当法人の取り扱う個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講ずるものとします。

3.個人情報の取得等の遵守事項

当法人による個人情報の取得、利用、提供については、以下の事項を遵守します。

(1)個人情報の取得

当法人は、当法人が運営する事業への申し込みによって、申込者からご利用希望者又は申込者に係る個人情報を取得することがあります。

(2)個人情報の利用目的

当法人は、当法人が取得した個人情報について、法令に定める場合又は本人の同意を得た場合を除き、以下に定める利用目的の達成に必要な範囲を超えて利用することはありません。

- ① 本法人の運営、維持、管理
- ② 本法人を通じたサービスの提供及び紹介

(3)個人情報の提供等

当法人は、法令で定める場合を除き、本人の同意に基づき取得した個人情報を、本人の事前の同意なく第三者に提供することはありません。なお、本人の求めによる個人情報の開示、訂正、追加若しくは削除又は利用目的の通知については、法令に従いこれを行うとともに、ご意見、ご相談に関して適切に対応します。

4.個人情報の利用目的の変更

当法人は、前項で特定した利用目的は、予め本人の同意を得た場合を除くほかは、原則として変更しません。但し、変更前の利用目的と相当の関連性を有すると合理的に認められる範囲において、予め変更後の利用目的を公表の上で変更を行う場合はこの限りではありません。

5.個人情報の第三者提供

当法人は、個人情報の取扱いの全部又は一部を第三者に委託する場合、その適格性を十分に審査し、その取扱いを委託された個人情報の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行うこととします。

6.個人情報の取扱いの改善・見直し

当法人は、個人情報の取扱い、管理体制及び取組みに関する点検を実施し、継続的に改善・見直しを行います。

7.個人情報の廃棄

当法人は、個人情報の利用目的に照らしその必要性が失われたときは、個人情報を消去又は廃棄するものとし、当該消去及び廃棄は、外部流失等の危険を防止するために必要かつ適切な方法により、業務の遂行上必要な限りにおいて行います。

8.苦情や相談の担当窓口

当法人は、個人情報の取扱いに関する担当窓口及び責任者を以下の通り設けます。

【社会福祉法人和風会】

〒 593-8312 大阪府堺西区草部 1417

理事長 池尾昌子