

利 用 申 込 書

申込日 年 月 日

利 用 者	フリガナ	性別	生年月日	歳			
	氏名	男 女					
	〒 (7ヶタ記入) 住所						
	電話()						
	要介護度	申請中	要支援	1	2	3	4
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 初回利用 <input type="checkbox"/> 再利用 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(
介護保険被保険者番号							
申 請 者	フリガナ	利用者との続柄		同居の有無			
				同居 別居			
	〒 (7ヶタ記入) 住所						
電話()							
緊 急 連 絡 先	フリガナ	利用者との続柄		同居の有無			
				同居 別居			
	〒 (7ヶタ記入) 住所						
電話()							
利用開始希望日		期間や利用頻度等			備 考		
年 月 日							

担当居宅介護支援業者名	TEL	—
担当居宅介護支援専門員	FAX	—

かかりつけ医療機関	TEL	—
かかりつけ主治医	FAX	—

*ご記入いただきました個人情報は、利用申込み事務及び利用時介護サービス以外には使用致しません

状況調査書

フリガナ		男・女	生年月日	M T S	年 月 日	年齢	歳
氏名							

年 月 日現在の状況

						特記事項
視 力	見えない	見えにくい			支障なし	
聴 力	聴こえない	聴こえにくい			支障なし	
言 語	話せない	はっきりしない			支障なし	
理 解	出来ない	やや困難			支障なし	
移 動	ストレッチャー	車椅子介助	車椅子自走	介助歩行	自立歩行	
移 乗	全介助	一部介助	見守り		自立	
食 事	全介助	一部介助	見守り		自立	食事の内容
衣服着脱	全介助	一部介助	見守り		自立	
洗 面	全介助	一部介助	見守り		自立	
入 浴	全介助	一部介助	見守り		自立	入浴方法 頻度 回/週・月
服 薬	全介助	一部介助	見守り		自立	
睡 眠	不眠	特に不眠	良眠			
排 泄	オムツ (昼・夜)	便尿器	PTイレ介助 PTイレ自立	トイレ介助	自立	

《日常行動》☆該当する項目があればチェックしてください

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人の区別がつかない | <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 自分の名前や年齢がわからない | <input type="checkbox"/> 徘徊 | } |
| <input type="checkbox"/> 不潔行為 | <input type="checkbox"/> 大声で騒ぐ | |
| <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 被害妄想 | |
| <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 | <input type="checkbox"/> 情緒不安定 | |

〈週間スケジュール及び他施策の利用〉

	午 前	午 後
月 曜 日		
火 曜 日		
水 曜 日		
木 曜 日		
金 曜 日		
土 曜 日		
日 曜 日		

その他(留意点等)