

利用申込書

記入日 年 月 日

利用希望者	ふりがな			男	明治	年 月 日 生	
	氏名			女	大正 昭和		() 歳
	住所	〒					
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
介護保険負担限度額認定	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 該当せず						
医療機関名				主治医			
住所				電話番号			
現病				内服薬	: あり ・ なし		
				点眼薬	: あり ・ なし		
既往歴 今までに行った手術や入院について	(例)平成20年5月〇日脳梗塞発症(口病院入院)			塗り薬	: あり ・ なし		
				その他薬	: あり ・ なし		
				お薬手帳	: あり ・ なし		
特別な医療(応相談)	なし・インスリン注射・経管栄養・在宅酸素・尿道留置カテーテル ストーマ・褥瘡・その他()						
A D L 等の状況	移動	独歩・歩行器・車椅子(自走)・ストレッチャー			特記		
	食事	主食			禁忌	特別	
		自立・全介助・一部介助()			水分	とろみ あり ・ なし	
	歯磨き	自立・全介助・一部介助()			義歯	あり() ・ なし	
	入浴	自立・全介助・一部介助()			特記		
	排泄	自立・全介助・一部介助()			特記		
	視覚	普通・近くなら可・見えない			眼鏡	あり ・ なし	
	聴覚	普通・大声は可・聞こえない			補聴器	あり ・ なし	
	意思疎通	可能・ある程度は可能・困難			特記		
問題行動	記憶障害・失見当・攻撃的行為 ・ 徘徊 火の不始末・不潔行為・その他()						

緊急連絡先	①	氏名		続柄	電話	
		住所			携帯	
	②	氏名		続柄	電話	
		住所			携帯	
家族状況	氏名		続柄	年齢	同居/別居	居住市区町村
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
介護保険状況	居宅介護支援事業所					
	担当ケアマネジャー					
	☎		fax			
	在宅サービス	デイサービス(回/週) ・デイケア(回/週) ホームヘルパー(回/週) ・訪問介護(回/週) 福祉用具貸与・その他()				
その他注意事項						

必要書類	①介護保険証(コピー) ②介護保険負担限度額認定証(コピー) ③健康保険証(コピー) ④原爆手帳(お持ちの方のみ:コピー) ⑤重度障がい者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピー) ⑥その他の手帳(コピー) *担当ケアマネジャー様へ 「主治医の意見書(複写)」をお持ちでしたらご提供していただきますようお願いいたします。
------	--