

施設利用申込書

ふりがな		男・女	T・S
氏名			年 月 日()歳
住所	〒		〈電話〉 ()
主介護者		〈続柄〉	〈勤務先〉
住所	〒		〈電話〉 ()

紹介者	
要介護認定	負担割合
ADL・認知症ランク	
居宅介護支援事業所	
担当CM TEL	

希望利用サービス	<input type="checkbox"/> 長期入所	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
現在居所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 医療機関()	<input type="checkbox"/> 介護保険施設()	

現病歴	
既往歴	

日常生活動作の詳細	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	身体状況等		
	起座・座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	身長 (cm)	体重 (kg)	
	立位・移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	麻痺 ()	拘縮 ()	
	移動	レベル	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	浮腫 ()	褥瘡 ()
							歩行補助具 ()	車いす形態 ()
	食事	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	主食 ()	副食 ()
		様式	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	制限 ()	食欲 ()
	排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	むせ ()	入れ歯 ()
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> おむつ交換	食べこぼし ()	アレルギー等 ()
							尿意 ()	便意 ()
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	おむつの種類 (なし/リハビリパンツ/テープ式/パッド)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴方法 (一般浴/シャワー浴/中間浴/機械浴)		

認知症の詳細	意思表示	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 大体可能	<input type="checkbox"/> 稀に可能	<input type="checkbox"/> 不能	言語障害 ()	
	話の理解	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大体可能	<input type="checkbox"/> 稀に可能	<input type="checkbox"/> 不能	視力障害 ()	眼鏡 (有/無)
	認知症ランク	<input type="checkbox"/> (自立)(I)	<input type="checkbox"/> 軽度(II)	<input type="checkbox"/> 中等度(III)	<input type="checkbox"/> 高度(IV)	聴力障害 ()	補聴器 (有/無)
	認知症情報	確定診断【 】 診断先【 】				特記事項	
	中核症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解力や判断力の低下 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
	行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり					

家族構成・生活歴	生活歴	その他の情報	趣味・馴染み習慣		
			福祉サービス利用		
			身障/精神保健手帳	有/無 ()	
			かかりつけ医	TEL ()	
			利用料支払者	氏名	〈続柄〉
				住所	
				TEL	
			緊急連絡先	氏名	〈続柄〉
住所					
TEL					
負担限度額認定	該当(第 段階) / 非該当 / 申請予定				

ワクチン接種状況	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン(回目: 年 月 日) <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン(有/無) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン(有/無)
施設利用の理由や希望する支援内容	