

利用申込書

令和 年 月 日

介護老人福祉施設
白浦菫荘 施設長 殿

利用しようとするサービスの種類 [短期入所・短期入所(介護予防)・通所介護・通所介護(総合事業)]				
利用者の状況	フリガナ		男 [生年月日] 明治・大正・昭和	
	氏名		女 年 月 日生 (歳)	
	住所	電話 () -		
	現在の住所(入所・入院中の施設等)			
	要介護状態：総合事業・要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
	介護保険被保険者番号		有効期間： 年 月 日～ 年 月 日	
	歩行	自立・見守りが必要・一部介助	食事	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助
	着脱	自立・一部介助・全介助	認知症	有 ・ 無
	現病・既往歴	主治医： 病院 先生 感染症の有・無【ワ氏 HBsAg HCV抗体 MRSA 白癬菌症 その他()】		
居宅サービス計画を依頼している事業者名： (担当者)				
申込者	氏名	印 利用者との続柄()		
	住所			
	電話	(自宅)	(勤務先・携帯番号等)	
その他の連絡先	氏名			
	住所			
	電話	(自宅)	(勤務先・携帯番号等)	

在宅サービス利用の有無 有 ・ 無 (種類)

A D L 等 の 状 況	視覚	普通 ・ 弱視 ・ 全盲 眼鏡	聴覚	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 補聴器		
	言葉	普通 ・ 軽い障害 ・ 重度の障害	精神状態			
	意思疎通	完全に通じる ・ ある程度通じる ・ ほとんど通じない				
	寝返り	可 ・ 難 ・ 不可	座位保持	可 ・ 難 ・ 不可	褥瘡	無 ・ 有
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 自助具() 転倒の危険(有・無)				
		車イス操作 () 車イス移乗 ()				
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 尿意(有・無) 便意 (有・無) 失禁 (有・無)				
		オムツ・パット使用状況(日中: 夜間:)排泄場所(日中: 夜間:)				
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 食事量() 好き嫌い() 義歯(有・無)				
		食事形態(主食: 並食 ・ 軟食 副食: 並食 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー)				
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 一般浴 ・ 特殊入浴 ・ 清拭				
	着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	日中の様子					
	睡眠状態					
問題行動						
備考						
家族構成	氏名	続柄()	年齢	同居の有無	職業	備考
		()		有 ・ 無		
		()		有 ・ 無		
		()		有 ・ 無		
		()		有 ・ 無		
		()		有 ・ 無		
生活歴						