

訪問介護利用申込書

記入者名

年 月 日 記入

(フリガナ) 利用者名	様	男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
住 所 (〒 -)			駐車場 (有 ・ 無)	
電話番号		携帯番号		
(上記以外の連絡先)				
(氏名)		(続柄)	(電話)	
(担当ケアマネジャー)				
氏 名				
事業所名 (連絡先)				
介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			負担割合 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ・ 生活保護)	
■サービス内容 (ご依頼内容、特記事項・留意点など)				
◎サービス開始(希望)日 令和 年 月 日 曜日～				
■サービス希望の日時と種類 (身体介護・生活援助・総合事業など)				
(曜日)	(時間帯)	サービス種類・支援内容など		
月	～			
火	～			
水	～			
木	～			
金	～			
土	～			
日	～			
※会社記入欄				
受付者 () 受付日 令和 年 月 日 ()				
手配状況 担当サ責 (主任) ⇒ ()				
契約日 (年 月 日) 契約依頼 (/) 契約書あり				
番号登録		ファイル作成		響入力

FAX 072-844-5710迄

(裏面に続く)

(利用者名) _____ 様の状況について教えてください。

日常生活動作	移動	1. 自立歩行 (ふらつき⇒ 有・無) 2. 杖歩行 3. つたい歩き 4. 歩行器 5. 車いす (自走・介助) 6. 寝たきり
	立位	1. 1人で立てる 2. 介助すれば可 3. 不可
	排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 尿意・便意 (有・無) (形態) a. 家のトイレ b. ポータブルトイレ c. 尿器 d. おむつ
	食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (形態) a. 普通食 b. 特別食 c. きざみ d. ミキサー e. とろみあり
	義歯	1. 無し 2. あり (上・下) 部位
	入浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	着替え	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
身体状況	視力	1. 普通 2. 弱視 (右・左) 3. 全盲 眼鏡 (有・無)
	聴力	1. 普通 2. 難聴 (右・左) 補聴器 (有・無)
	発語	1. 普通 2. 障害あり (程度…)
	意思疎通	1. できる 2. なんとかできる 3. 難しい・できない
	まひの状況	1. 無し 2. あり (部位や程度…)
	認知症	1. 無し 2. あり (特記)
	主な既往歴	
■かかりつけの医療機関 (主治医) について教えてください。		
(医療機関名) _____ (_____ 科) (主治医氏名) _____ 先生		
(住所) _____ (電話) _____		
生活環境	調理	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	掃除	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	買い物	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	金銭管理	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	服薬	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	電話利用	1. 自立 2. 一部介助 (備考 _____) 3. 全介助
	(世帯状況) 1. 一人暮らし 2. 夫婦世帯 3. 同居人あり (_____) (居住環境等における特記事項)	

※サービス提供に際して、下記の情報の提供もお願いいたします。

- ①居宅サービス計画書①、②と週間サービス計画書 ②介護保険被保険者証の写し
③サービス提供表及び別表