

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
 利用申込書（身体状況及び家族状況確認表）

申込日

平成 年 月 日

居宅介護 支援事業所	TEL() -		担当 ケアマネー ジャー		
サービスの 内容					
在宅での 生活状況					
ご 利用 者	がな 氏名	様	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
	介護認定	要介護 1・2・3・4・5		生活保護	あり・なし
	被保険者番号			認定年月日	平成 年 月 日
	認定の有効期間	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日
	ご住所	〒 電話番号 () -			
家 族 状 況	氏名	続柄	同・別	緊急連絡先TEL	
	①		同・別	(自宅)	(携帯)
	(同・別	(自宅)	(携帯)
かかりつけ医	病院名		主治医	TEL	
既往歴					
感染症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(内容)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(内容)			
内服薬	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	朝(食前・食後)、昼(食前・食後)、夕(食前・食後、)眠前			
身体状況					
認知症	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	(特記)		
行動障害	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴行暴言 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為				
その他 特記事項					
ADL					
食事	介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	介助	<input type="checkbox"/> 自立	○リハビリ	○パッド ○紙オムツ
入浴	<input type="checkbox"/> 浴槽	<input type="checkbox"/> シャワー浴			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立で歩ける	<input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる	<input type="checkbox"/> 出来ない	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> 出来ない	(特記)	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> 出来ない	(特記)	
その他 特記事項					