

射水市地域密着型サービス 利用申込書

申込み日 平成 年 月 日

受付担当者:

福祉プラザ 七美
射水市七美879-1

TEL:0766-86-4545
FAX:0766-86-5454

利用を希望する介護サービスに○をつけて下さい(複数可)

<input type="checkbox"/>	グループホーム	<input type="checkbox"/>	認知症対応型デイサービス
<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	共用型認知症対応型デイサービス
<input type="checkbox"/>	定期巡回随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護

同一サービスを実施する事業所の併用申込みも可能です(複数可)

<input type="checkbox"/>	射水万葉苑本町サポートセンター 射水市本町3-17-8	<input type="checkbox"/>	TEL:0766-83-7070 FAX:0766-83-0022
<input type="checkbox"/>	グループホーム	<input type="checkbox"/>	認知症対応型デイサービス
<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	共用型認知症対応型デイサービス

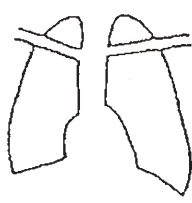
申 込 者	〒 住所		
	ふりがな		続柄
	氏名		
	電話番号	自宅:	携帯:

利 用 希 望 者	ふりがな	性別	生年月日		
	氏名	男・女	明・大・昭	年	月 日 歳
	住所		電話番号		
	要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中()				
現 況	自宅 独居 高齢者世帯 家族と同居				
	入所又は入院 有・無 (施設又は医療機関名)				
	サービス	デイサービス 回/週 ショートステイ 回/週、月		訪問介護 回/週	
		訪問看護 回/週 通所・訪問リハビリ 回/週		その他()	
居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー		

家族状況	氏名	続柄	職業	年齢
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
ADL・身体状況	歩行	一人で歩ける ・杖や歩行器を使用し歩ける ・車椅子		
	食事	一人で食べられる ・見守り必要 ・一部介助 ・全介助 むせこみ (あり なし)		
	排泄	一人で行ける ・見守り、声かけ必要 ・一部介助 ・全介助 トイレ(洋式 、和式) ポータブルトイレ ・オムツ ・その他		
	入浴	一人で入れる ・見守り、声かけ必要 ・一部介助 ・全介助 頻度()		
	視力	見える 見えにくい ほとんど見えない 見えない		
	聴力	聞こえる 聞こえにくい ほとんど聞こえない 聞こえない		
	認知症	なし 年相応 あり		
	治療中の病気			
既往歴				



診 断 書

氏 名	男・女	M・T・S	年	月	日 (満 歳)
疾患名	-----			認知の直接の原因となっているものについて	
	-----			認知症の日常生活自立度	
既往歴					
血 圧	mmHg		胸部X線所見 (直接・間接) 		
身 長	cm				
体 重	kg				
アレルギー	有 ・ 無 ()				
血液検査	梅毒	TPHA ()	HBs抗原	()	
		ガラス版 ()	HCV抗体	()	
感染症	※特にMRSA・緑膿菌 疥癬等がある場合				
皮膚の状態	褥 瘡:	有 (部位	程度) 無	
	水 虫:	有 ・ 無	その他:		
麻 痺	有	全身・半身 (上・下・右・左)	手 指 (重度・中度・軽度)		
	無	上 肢 (重度・中度・軽度)	下 肢 (重度・中度・軽度)		
周辺症状	精神:				
	うつ	不安	焦燥	妄想	幻覚 興奮 その他
投薬内容	行動:				
	多動	繰り返し	徘徊	異食 過食 拒食 暴言 不潔行為 その他	
治療内容					
意 見	入所後の通院、受診について記入して下さい。				
医療機関名	診断年月日		平成	年	月 日
	医 師 名		(印)		