

## 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:

射水万葉苑本町サポートセンター TEL:0766-83-7070  
射水市本町3-17-8 FAX:0766-83-0022

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

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"/>	福祉プラザ 七美 射水市七美879-1	<input type="checkbox"/>	TEL:0766-83-7070 FAX:0766-86-5454
<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

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				

