

# 通所介護・介護予防通所介護 利用申込書

アゼリーアネックス  
 施設長 福原聡一郎 殿

下記のとおり、アゼリーアネックスの通所介護を利用することを申し込みます。

記

申込区分	新規 ・ 変更（継続）	申込日	平成 年 月 日		
利用される方	ふりがな ご氏名	性別	生年月日	M・T・S	年 月 日
		男 ・ 女	電話番号	( )	
	ご住所 〒 _____ - _____  区 丁目 番 号				
連絡先	ご氏名	続柄	電話	( )	
被保険者番号	<input type="text"/>	保険者名	生活保護 有 ・ 無		
要介護状態区分	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				
有効期限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
希望利用日	週 回 【月 火 水 木 金 土】				
利用時間	6～8時間				
入浴希望	有 ・ 無		送迎希望	有 ・ 無	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					

なお、介護保険法により規定された介護保険料実費負担分および実費分（オムツ代など）の負担を了承します。

注）この利用申込書は、利用契約書と別途提出していただくものです。訂正のある場合は再度出して下さい。

事業所名 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー \_\_\_\_\_

情報提供書 No. 1 (ケアマネージャー アゼリーアネックス)

記入年月日	平成 年 月 日	記入者	
利用者名	様 男・女	生年月日	年 月 日 才
利用者連絡先	住所	電話番号	( )
緊急連絡先	住所 氏名 続柄【 】	電話番号	( )
居宅介護支援 事業所名		ケアマネ 氏名	
居宅介護支援 事業所連絡先		電話番号	( )
現在の生活状況		家族状況 (本人と主介護者を入れて下さい)	
		(ジェノグラム)	
デイサービスの目的			
医療保険	国保 (本人・家族) / 社保家族 / 老人 / 障害 / 生保 / その他 ( )		
介護保険	被保険者番号	0	0
介護度 および 有効期間	有効期間	平成 年 月 日	~ 平成 年 月 日
	有効期間	平成 年 月 日	~ 平成 年 月 日
	有効期間	平成 年 月 日	~ 平成 年 月 日
医療情報			
医療状況		内服薬および常備薬	
病院名		(平成 年 月 日 現在)	
住所			
電話番号			
主治医			
受診状況	月・週 回 (通院・往診)		
病歴 (病名・発症時期・入院歴など)			

情報提供書 No. 2 (丸印でチェックして下さい)

氏名		様	記入年月日	平成 年 月 日
移動等	方法	自立 / 杖 / 歩行器 / はいずり移動 / 車椅子 (介助・自走可) / ストレッチャー		
	行動範囲	交通機関を使い一人で外出 / 近所の散歩程度 (付添有・無) / 家 / 部屋 / ベッド		
	床上動作	立位 (可・介助・不可) 座位 (可・介助・不可) 寝返り (可・介助・不可)		
身体状況	視力	普通 / 大きい文字程度 / ものの輪郭程度 / 全く見えない / 眼鏡使用 (有・無)		
	聴力	普通 / やや大声 / 大声 / 全く聞こえない / 補聴器使用 (有・無 / 左・右)		
	言語	普通 / はっきりしない / やっと通じる / 話せない		
	麻痺の有無	なし / 右麻痺 / 左麻痺 / 両 (上・下) 肢麻痺		
	身体障害	手帳 (有・無) 種 級 (障害名 ) 交付日 H 年 月 日		
食事	食事種類	主食 (普通・お粥・ミキサー) 副食 (普通・刻み・超刻み・ミキサー)		
	方法	箸使用 / スプーン・フォーク使用		
	介助程度	自立 / 一部介助 / 全介助 / 前掛け使用 (食事時間 分程度) 嚥下障害 (有・無)		
	歯	入れ歯 (上・下・両方) 残存歯 (上 本・下 本)		
	量	普通 / 多い (おかわりする程度) / 少ない Cal制限 (無・有 1日当 Cal)		
	嗜好品等	タバコ (本/日) 飲酒 (種類 ) 施設管理 (有・無) その他 ( )		
	アレルギー等	アレルギー ( ) 禁止 ( ) 嫌い ( )		
排泄	排泄状況	昼 誘導 (要・不要) Pトイレ / 尿器 / リハパン / 紙おむつ / パット		
	介助程度	自立 / 誘導・声かけ / 一部介助 / 全介助 / その他 ( )		
	失禁	なし / 時々あり / 頻繁にあり 使用用具 Pトイレ / 尿器 / その他 ( )		
	尿意・便意	尿意 (有・時々・無) 便意 (有・時々・無)		
	排便	普通 / 便秘 ( 日間隔) 下剤の有・無 (下剤名 )		
入浴	方法	一般浴 / チェア浴		
	介助程度	自立 / 一部介助 / 全介助 入浴状況 (毎日・ 日に1回程度)		
着脱	介助程度	自立 / 一部介助 / 全介助		
	特記事項			
睡眠	状態	良眠 / 時々眠れない / 不眠 眠剤 (有・無) 服薬時間 ( )		
	時間			
問題行動	問題行動の発症時期または症状を記入して下さい			
日常生活自立度	ランク J ・ランク A ・ランク B ・ランク C 特記事項 ( )			
痴呆性老人自立度	ランク ・ランク ・ランク ・ランク 特記事項 ( )			