

# 通所介護・予防介護利用申込書

アゼリー江戸川 施設長殿

下記のとおり、アゼリー江戸川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	性別	生年月日	M・T・S	年	月 日										
	ご氏名		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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													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												
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>																

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

記入者名

ケアマネジャー アゼリー江戸川

記入年月日 年 月 日

利用者名		男・女	生年月日	年	月	日	歳
利用者連絡先			( )				
緊急連絡先	氏名 [続柄]		( )				
居宅介護支援事業所名			ケアマネジャー名				
居宅介護支援事業所連絡先			( )				

## 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)

			家族状況 (本人と主介護者を入れて下さい)				

医療保険	国保(本・家族) / 社保家族 / 後期高齢者 / 障 / 生保 / その他( )						
介護保険	介護保険被保険者証番号 0000						
介護度及び有効期間	介護度	認定有効期間		年	月	日	~ 年 月 日

## 医療情報

### 医療状況

### 内服薬及び常備薬

主治医病院名							
住所							
電話番号							
主治医医師名							
受診状況	月・週	回(通院・往診)					
<p>病歴 (病名・発症時期・入院歴など)</p>							
<p>(H 年 月 日現在)</p>							

情報提供書NO, 2

氏名		様	印でチェックして下さい。		記入年月日	平成	年	月	日		
移動等	方法	歩行自立	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	交通機関等を使い一人で外出		近所を散歩する程度(付添い有・無)		家の中	部屋の中	ベッドのみ			
	床上動作	立位(可・要介護・不可)		座位(可・要介護・不可)		寝返り(可・要介護・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				
	聴力	普通	やや大声	大声	全く聞こえない						
	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	手帳の	有・無	種	級(障害名)	交付日	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	嚥下障害	有・無	自立	一部介助	全介助	前掛け使用(食事時間)		分程度)		
	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)		少ない	(カロリー制限 無・有 1日当り カロリー)					
	嗜好品等	タバコ(本/日)		飲酒(種類名)		(施設管理 有・無)		その他( )			
	アレルギー物等	アレルギー物( ) 禁止( ) 嫌物( )									
排泄	排泄状況	昼	トイレ(誘導 要・不要)	Pトイレ	尿器	紙オムツ(リハパン・フラット・パット)			回/日程度		
		夜	トイレ(誘導 要・不要)	Pトイレ	尿器	紙オムツ(リハパン・フラット・パット)			回/日程度		
	介助程度	自立	誘導・声掛け		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	有り	時々	無し	便意	有り	時々	無し		
	排便	普通	便秘( )		日間隔)	下剤の有・無( )					
入浴	方法	一般浴	リフト浴	機械浴							
	介助程度	自立	一部介助	全介助	状況(毎日入浴する/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	眠れない		眠剤使用	有	無	与薬時間	時	分頃
	時間	概ね	時	分から	時	分頃	寝具	布団	ベッド	その他( )	
認知症・問題行動	認知症・問題行動の発症時期または症状を記入してください。										
	医師の認知症診断(有・無) 診断名( ) 診断時期 年 月頃										
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)					
痴呆性老人の自立度		ランク	ランク	ランク	ランク	(特記事項)					