

通所介護・介護予防通所介護利用申込書

ハートデイサービスセンター あて

平成 年 月 日

申 込 者	氏名	本人・家族(続柄:)・その他()
	住所 〒	
	連絡先	()

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭
	氏名	女	年	月	日	歳
	住所 〒					
	連絡先	()				

介護保険被保険者番号	
要支援・介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定日	平成 年 月 日
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで
負担割合	割
連絡先 (緊急時)	氏名
	住所 〒
	連絡先 ()
	氏名
	住所 〒
	連絡先 ()
かかりつけ医	病院名 担当医
	住所 〒
	連絡先 ()
現在の状況	1. 自宅 2. 医療機関 (医療機関名:) 3. 施設 (施設名:)
担当介護支援専門員	居宅介護支援事業者名: 担当: 連絡先: ()
希望開始日及び希望日 (予防の方は週2回までで 御願致します。)	希望開始日: 平成 年 月 日から 月(午前・午後)・火(午前・午後)・水(午前・午後) 木(午前・午後)・金(午前・午後)
送迎希望の有無	送迎希望: 有 ・ 無
生活保護の方は担当者 及び連絡先など	福祉事務所名: 担当者: 住所: 連絡先: ()
その他 (リハビリに対する希望等)	

*この利用申込書の他に、ADL一覧表も提出してください。(FAX:03-5856-0293)

ADL一覧表

氏名	様	生年月日	年	月	日	歳
身長	cm		体重		kg	
移動	独歩 ・ 手引き歩行(片手引き ・ 両手引き) ・ 杖歩行 シルバーカー ・ 車椅子(自走 ・ 一部介助 ・ 全介助) 座位保持 (可 ・ 背もたれがあれば可 ・ 不可) 立位 (可 ・ 手すりがあれば可 ・ 不可) 備考 :					
移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 *一部介助に○を付けた場合、備考欄へ具体的な介助方法をご記入ください。 備考 :					
麻痺	あり ・ なし (部位:) 備考 :					
排泄	日中 自立 ・ トイレ誘導(介助 ・ 見守り ・ 声かけ) ・ 全介助 尿意(あり・曖昧・なし) 便意(あり・曖昧・なし) 失禁(あり・なし) 下着 ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ 尿器 ・ PWC 備考 :					
	夜間 自立 ・ トイレ誘導(介助 ・ 見守り ・ 声かけ) ・ 全介助 尿意(あり・曖昧・なし) 便意(あり・曖昧・なし) 失禁(あり・なし) 下着 ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ 尿器 ・ PWC 備考 :					
視力	普通 ・ 大きい物なら見える ・ 見えない 眼鏡(あり・なし) 疾患() 備考 :					
聴力	普通 ・ 大きい音なら聞こえる ・ 聞こえない 補聴器(あり・なし) 備考 :					
コミュニケーション	可 ・ 意思疎通可 ・ 不可 言語障害(あり ・ なし) 備考 :					
日常生活自立度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
日常認知症自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
認知症 (周辺症状等)	あり ・ なし 長谷川式 点 失見当 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 独語 ・ 奇声 ・ 大声 ・ 異食 ・ 暴言 ・ 暴力 拒薬 ・ 被害妄想 ・ 幻覚 ・ 幻視 ・ 収集癖 ・ 感情の起伏 ・ 介護拒否 ・ 盗食 作話 ・ 危険行為(柵はずし ・ 柵越え ・ 立ち上がり) ・ その他 備考 :					
介護する上で特に気を つけなければならない点など						

記入者名 _____

ハートデイサービスセンター