

サービス申込書					申込日 年 月 日			
氏名	様	性別	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日
現住所	〒			TEL - -				
介護度	支 1 2 3 4 5 申請中 (新・区変 月 日申請)			年 月 要支・介護 ()				
被保険者番号	公費		無・有 ()		介護度の履歴			年 月 要支・介護 ()
障害手帳	無・有 (種 級 NO. C-		()		年 月 要支・介護 ()			
障害名				家族構成				
連絡先 家族等	医療機関 主治医名	TEL						
	①氏名	続柄 () TEL						
	(住所)							
	②氏名	続柄 () TEL						
	(住所)							
居宅介護支援 事業所	名称	居宅介護支援事業所		担当ケア マネ氏名	指定事業者番号			
	住所	埼玉県		TEL	FAX			
利用目的	利用者の希望							
	家族の希望							
現在の利用サービス	1.訪問介護 () 2.訪問入浴 () 3.訪問看護 () 4.訪問リハ () 5.通所介護 () 6.通所リハ () 7.短期入所 () 8.福祉用具貸与 ()							
希望サービス	ショートステイ	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()			迎え : ご家族 施設			送り : ご家族 施設
		<input type="checkbox"/> 利用したことがある <input type="checkbox"/> 初めて利用						
	通所サービス	利用希望曜日	月 火 水 木 金 土 日	施設の送迎	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望 (送り・迎え)			
	(介護)	利用開始希望日	平成 年 月 日 ()					
	(リハ)	1時間程度の車の移動に支障		無 ・ 有				
	在宅サービス	曜日	提供時間	算定項目	支援内容		開始日	
	訪問介護		~					
訪問看護		~						
訪問入浴		~						
利用者のADL状態	<input type="checkbox"/> 前回と変わらない ・ <input type="checkbox"/> 変化あり ()							
その他								

利用者氏名	様	記入日	年	月	日
現病歴		内服薬			
既往歴					
生活歴	職業歴				
医療管理	1. 膀胱留置カテーテル 2. 人工肛門 3. インシュリン 4. 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）				備考
	5. 在宅酸素 6. IVH 7. 人工透析 8. 気管切開				
	9. 人工呼吸器 10. 疼痛看護 11. 褥創の処置（部位：_____）				
A D L	移動	歩行	1. 自立 2. 杖歩行 3. 歩行器 4. 車いす		
		移乗	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
		座位保持	1. できる 2. 自分の手で支え 3. 支えが必要 4. できない		
		日常生活	日中の大半を 1. 離床 2. 臥床		
	食事	摂取動作	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 / （箸・スプーン・自助具）		
		主食	常食・粥食・ペースト食	代替食	パン・麺類（_____）
		副食	1. 普通食 2. きざみ食 3. 極きざみ食 4. ペースト食		
		好き嫌い	無・有（_____）		
		誤嚥傾向	無・有（_____）		
		アレルギー	無・有（_____）		
	排泄	動作	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
		トイレ	1. トイレ 2. ホールトイレ（常時 昼間のみ 夜間のみ）		
		オムツ	1. リハビリパンツ 2. オムツ（常時 昼間のみ 夜間のみ）		
		尿意	有・無：（_____）時間誘導		
		便意	有・無：（_____）日に（_____）回		
	入浴	着脱	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
		浴槽	1. 自立 2. 介助 3. できない 4. 特浴（器械・シャワー）		
		洗身	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
	障害他	麻痺	ない・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他（_____）		
		拘縮	ない・肩・肘・股・膝・足・その他（_____）		
		装具	無・有（部位：_____）		
		視力障害	見える・見えにくい・見えない		
		眼鏡使用	無・有		
		聴力障害	聴こえる・聴こえにくい・聴こえない		
義歯		無・有（上顎・下顎） <input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ			
認知状態	問題行動	無・有【有の場合】（_____） <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行為 <input type="checkbox"/> その他			
障害老人自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
痴呆性老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
その他	1日のスケジュール	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23			