

利用申込日 年 月 日

フリガナ ご利用者氏名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳		
ご連絡先	〒 - 電話() -	介護保険 認定情報	要介護 1 2 3 4 5		
フリガナ お申込者氏名	[続柄]		要支援 1 2 ※現在申請中		
ご連絡先	〒 - 電話番号() -		被保険者番号		認知症自立度 II III IV V
緊急連絡先	①お名前: [続柄] 連絡先() - ②お名前: [続柄] 連絡先() -		認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
			認定年月日 年 月 日		
現在、生活されているところ	自宅(同居 別居) 老人保健施設 療養型病床 医療機関 (施設・病院名)	ご担当ケアマネージャー	事業所名		
これまでにかかった病気(わかる範囲でお願いします)		主治医	() 病院・医院 科 医師		
病名(, いつ頃: 病名(, いつ頃: 病名(, いつ頃: 現在飲まれている薬 有・無 薬名(通院	往診	回/週・月	
ご利用希望サービス		困っておられることは何ですか			
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能ケアさいかち <input type="checkbox"/> グループホームただすの森/花みずき <input type="checkbox"/> デイサービスセンターほほえみ/花みずき/ただすの森 月 火 水 木 金 土 または週__回程度 __月__日頃～入所/利用 希望 面接希望日がありましたらご記入下さい。__月__日		ご利用にあたって望まれることは何ですか			
お体の状態についてお聞かせ下さい。					
<食事> 自分でできる 介助(見守り・指示)が必要 全介助 義歯(有・無)		<認知症> 有 無 (程度: 軽・中・重度) ※(診断名:)			
<入浴> 自分でできる 介助(見守り・指示含)が必要 全介助 洗身(可・介助要) 更衣(可・介助要)		記憶障害 失行 失認 失語 実行機能障害 被害妄想 夜間せん妄 幻覚 幻聴 作話			
<排泄> 自分でできる 誘導(声かけ)でできる 介助が必要 尿・便意(有・無) おむつ・パット使用(有・無)		大声を出す 徘徊 落ち着きなし 不潔行動 独語 火の不始末 物を壊す 暴力 暴言			
<移動> 自分で歩ける つかまれば歩ける 歩けない 立つことはできる (手段: 這う 手引き 杖 老人車 歩行器 車椅子)		感情失禁 記銘力障害 見当識障害 その他()			
<特記>		<生活習慣> 飲酒(有・無) 喫煙(有__本/日・無)			
		<趣味・特技, 社会参加活動歴(わかる範囲で)>			
		<コミュニケーション> 可 やや困難 かなり困難 不可			
		<麻痺・拘縮> 有 無 (部位等:)			