

訪問介護サービス利用申込書

(年 月 日記入)

申し込み理由:					
利用頻度:(週 回)					
ケアプランセンター名		担当介護 支援専門員		電話番号	
現在利用中のサービス					
フリガナ		性別		生 年 月 日	
名 前		男・女		M・T・S 年 月 日	
住 所			電話番号		
かかりつけ医			住 所		
病 院 名			連絡先		
入院受け入れ病院			連絡先		
介護認定: 未認定・申請中・認定済【自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】					
認知症: 無・有		障害者手帳: 無・有 ⇒ 種 級		障害部位:	
日常生活動作	移 動	独歩・杖・押し車・歩行器・車椅子・不可 / 介助(無・有)			
	詳細:				
	食 事	介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有 ⇒)			
	詳細:				
	入 浴	自立・一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む)・全介助			
	詳細:				
	排 泄	介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)			
詳細:					
現在の状況	着脱衣	自立・一部介助(見守り含む)・全介助			
	詳細:				
	(認知症状を含む)				
家 族 の 状 況 (緊急時の連絡の順番にご記入ください。)					
氏名	続柄	年齢	同・別居	住所	電話番号
①					
②					
③					
④					
申 請 者	住所			氏名	