

通所介護・介護予防通所介護 利用申込書



デイサービス グッドライフケア韮公園 宛

FAX : 050-3535-5946

令和 年 月 日

申込者	氏名	様	ケアマネジャー	・	本人	・	家族
	住所	〒					
	連絡先						

ご利用者	ふりがな						
	氏名	様					
	住所	〒					
	連絡先						
	生年月日	明	・	大	・	昭	年 月 日 歳

介護保険被保険者番号

保険者番号

要介護区分 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

認定日 令和 年 月 日

認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

介護保険負担割合 割 公費負担 あり ・ なし ( )

緊急連絡先	氏名	続柄：					
	住所	〒					
	連絡先						
	氏名	続柄：					
	住所	〒					
	連絡先						

かかりつけ医	病院名	担当医					
	住所	〒					
	連絡先						

現在の生活状況

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

居宅介護支援事業所：

担当：

連絡先：

希望開始日、曜日

希望通所開始日：令和 年 月 日から

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

曜日指定はないが、週 日

送迎希望の有無

送迎希望： あり ・ なし

生活保護の方は担当者及び連絡先	福祉事務所：	ご担当者：
	住所：	連絡先：

入浴の希望 ( あり ・ なし ) ↓ 入浴ありの場合記入

(またぎ不可 ・ 手すりや介助があればまたぎ可 ・ 見守りでまたぎ可)



## ADL一覧表

氏名	様	
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 ・ 車いす ( 自走 ・ 一部介助 ・ 全介助 ) 座位保持 ( 可 ・ 背もたれあれば可 ・ 背もたれなくても可 ・ 不可 ) 立位 ( 可 ・ 手すりあれば可 ・ 手すりなくても可 ・ 不可 ) 備考:	
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ※一部介助に○をつけた場合、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	自立 ・ 誘導 ( 見守り ・ 声かけ ) ・ 全介助 尿意 ( あり ・ あいまい ・ なし ) 便意 ( あり ・ あいまい ・ なし ) 失禁 ( あり ・ なし ) 下着 ・ リハビリパン ・ パット ・ おむつ	
視力	普通 ・ 大きいものなら見える ・ 見えない眼鏡 ( あり ・ なし ) 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:	
服薬 ( 昼食時 )	服薬: ( あり ・ なし )	
義歯	あり ( 上 ・ 下 ) ・ なし ・ 部分入れ歯 ( 部位: )	
食事介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助 ( 好き嫌い等 )	
食事内容	主食 ( 普通 ・ おかゆ ・ ペースト食 ・ 流動食 ) 副食 ( 普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ミキザ )	
アレルギー	あり ( ) ・ なし	
食種区分	普通食 ・ 糖尿食 ( kcal ) ・ 腎臓食 ・ その他 ( )	
コミュニケーション	可 ・ 不可 言語障害 ( あり ・ なし ) 備考:	
主疾患 既往歴	主疾患 ・ 既往歴 ・ 入院歴 ・ OP歴等お書きください。 感染症 あり ( ) ・ なし	
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	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 ・ 幻聴 ・ 収集癖 感情の起伏 ・ 介護拒否 ・ 作話 ・ 危険行為 ・ その他 ( ) 備考:	
介護するうえで特に注意すべき点		
ご見学の候補日	令和 年 月 日	
担当者会議の候補日	令和 年 月 日	