

通所介護・介護予防通所介護 利用申込書



ケアクエスト グッドライフケア芝浦 宛

FAX : 03-6735-3391

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 【午前】 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 【午前】 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	入浴の希望 (あり ・ なし)			



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