通所介護・介護予防通所介護　利用申込書

GOOD LIFE CARE

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 【午後】　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 ※一部介助に〇をつけた場合、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・ミキサ）
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

ケアクエスト グッドライフケア芝浦