

通所介護・介護予防通所介護 利用申込書



デイサービス グッドライフケア汐留 宛

FAX : 03-6625-0369

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	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	