

# 墨田区デイサービス申し込み用紙

記入日 年 月 日

利用者	フリガナ			男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢		
	氏名								
	住所				電話番号				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2							
		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
	被保険者番号				有効期限	年 月 日～ 年 月 日			
	負担割合	割	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他減免	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
	居宅事業所				電話番号				
			FAX番号						
ケアマネジャー				事業所No.					
				ケアマネNo.					
家族状況	氏名 (キーパーソンに◎を付けてください)	続柄	同居の有無	電話番号	家族構成図(ジェノグラム)				
			有・無						
			有・無						
			有・無						
			有・無						
			有・無						
希望プラン	リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			入浴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	送迎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 車椅子乗車 <input type="checkbox"/> ステップ乗車 )							
	都合の良い曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> いつでも							
		備考							
	利用回数 時間	週	回	<input type="checkbox"/> 2～3時間 <input type="checkbox"/> 3～4時間 <input type="checkbox"/> 4～5時間 <input type="checkbox"/> 5～6時間 <input type="checkbox"/> 6～7時間 <input type="checkbox"/> 7～8時間 <input type="checkbox"/> 8～9時間					
	デイ利用 の理由								
その他 (生活歴・ 趣味等)									

# 利用者の状態

墨田区通所介護事業者連絡会

項目		備考								
立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> 不可									
歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> 不可	(補助具) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子								
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(形態・制限)								
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パット								
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
視力	<input type="checkbox"/> だいたい見える <input type="checkbox"/> 大きな文字は見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用									
聴力	<input type="checkbox"/> だいたい聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用									
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> だいたい通じる <input type="checkbox"/> 不可									
その他 留意事項										
主治医	医療機関名	主治医								
診断名(主治医以外の医療機関)		発症年月日								
認知症の診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明									
認知症診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> 不明 その他( )									
認知症に伴う症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想・幻覚・幻聴・せん妄									
その他	( )									
認知症 高齢者 日常生活 自立度	主治医意見書	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
	認定調査票	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
障害等	級・障害名( )									
備考										