

利用申込み (新規 ・ 再利用)

フリガナ		性別	男 ・ 女						
氏名	様	生年月日	M	T	S	年	月	日	
住所	〒 -								
電話番号	- -								
被保険者番号									
介護度	要支援	1	2	要介護度	1	2	3	4	5

連絡先 (家族)	フリガナ		続柄	
	氏名	様		
	住所	〒 -		
緊急連絡先電話番号			続柄	

【事業所名】	【担当者】
【事業所連絡先】 TEL	FAX
【サービス利用・希望日】	月 火 水 木 金
【サービス利用・開始日】	平成 年 月 日 ~
【送迎希望】	有 無
【サービス希望】	入浴 機能訓練
【感染症の有無】	有 無 (主治医意見等の確認で可能)

身体状況

食 事	自立 見守り 一部介助 全介助	使用するもの : 箸 スプーン フォーク エプロン その他 (
	主食 普通 全粥 ミキサー	特記事項
	副食 普通 一口大 キザミ ミキサー	
歩 行	自立 見守り 一部介助 全介助	<移動手段> 杖 車いす 歩行器 その他
排 泄	自立 見守り 一部介助 全介助 (トイレ Pトイレ)	<使用するもの> パット リハビリパンツ 尿器 布パンツ その他 ()
入 浴	自立 見守り 一部介助 全介助	<入浴形態> 一般浴 機械浴 (座位) 個浴 シャワーのみ 入浴しない
麻 痺	(有 ・ 無)	備考
視力障害	(有 ・ 無)	
聴力障害	(有 ・ 無)	
言語障害	(有 ・ 無)	

精神状況

認知症	(有 ・ 無)	意思疎通	(できる ・ できない)
-----	-----------	------	----------------