

被保険者番号									生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
フリガナ 利用者氏名	(性別)								家族 等 連 絡 先	フリガナ 氏名	(続柄)			
住所										住所				
電話番号										電話番号 携帯電話				
認定結果	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5・申請中(新規・変更・更新)													
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日													
介護保険負担限度額認定証	有 () 段階・無 ※減免に関わるので必ず記入してください。													
利用日	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()													
時間帯	来園時間 : 送迎希望 有・無 帰宅時間 : 送迎希望 有・無													

※送迎希望 有 の場合には、ご希望の時間には添えない事がございますので、ご了承ください。

主たる疾病・病状(既往歴)	じよくそう・皮膚の問題 有・無 感染症 有・無 歯・口腔衛生 義歯 有・無 (総・部分) 内服薬 有・無
かかりつけ医療機関(主治医) 受診 往診	

歩行	歩ける(杖・シルバーカー使用 ふらつき有)・歩けない
車椅子	操作できる・介助が必要・使わない ベッドから車椅子の移乗が... できる・介助が必要(一部・全)・できない
座る	一人で座れる・支えがあれば座れる・座れない
食事	自立・介助が必要()・鼻腔、胃ろうによる栄養 食事の内容は? 主食 ご飯・お粥・流動食 副食 普通・キザミ・極キザミ・流動食・その他 方法 お箸・スプーン・フォーク・その他 治療食() kcal 塩分 g その他 アレルギー() 嗜好 好き() 嫌い()
排泄	一人でできる・介助が必要・おむつ使用()・ポータブルトイレ使用 有・無 日中(自立・誘導・オムツ交換) 夜間(自立・誘導・オムツ交換) 尿意 有・無 便意 有・無
入浴	一人で入れる・見守りが必要・介助が必要
着替え	一人でできる・介助が必要
洗面	一人でできる・介助が必要
歯磨き	一人でできる・介助が必要 入れ歯の管理が できる・できない
視力	よく見える・眼鏡を使用・よく見えない()
聴力	聞こえる・大きな声であれば聞こえる・聞こえない
意思疎通	自分の意志を... 伝えられる・伝えられない 伝えられない理由は? 言語障害・失語症・強度の難聴・認知症
その他	薬の管理 できる・できない 金品の管理 できる・できない

※認知症の症状のあるご利用者様の状態についてお伺いします。症状を具体的にご記入下さい

問題行動・精神症状・(徘徊・外出時迷う・粗暴・物を壊す・大声で怒る・奇声・昼夜逆転・幻覚・妄想等)

※利用者・家族の希望・意向・目標

.....				
申 込 者	事業所		事業所番号	
	住所			
	電話番号		FAX番号	
	ケマネージャー		依頼日	平成 年 月 日 ()