

通所介護・介護予防通所介護利用申込書

ハートデイサービスセンター あて

令和

年

月

日

申込者	氏名	本人・家族(続柄:)・その他()
	住所 〒	
	連絡先 ()	

利用者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭	
	氏名	女	年	月	日	歳	
	住所 〒						
	連絡先 ()						

介護保険被保険者番号			
介護区分	事業対象者	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 まで		
負担割合	割		
緊急連絡先	氏名	続柄	
	住所 〒		
	連絡先 ()		
	氏名	続柄	
	住所 〒		
	連絡先 ()		
かかりつけ病院・医師	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	居宅介護支援事業者: 担当: CM 連絡先: ()		
希望開始日、曜日、時間 (通所開始は契約日より10日ほどお時間を頂きます。)	希望通所開始日: 令和 年 月 日から 月 (午前・午後)・火 (午前・午後)・水 (午前・午後) 木 (午前・午後)・金 (午前・午後)		
送迎希望の有無	送迎希望: 有 ・ 無 自走		
生活保護の方は担当者及び連絡先	福祉事務所: 担当者: 住所: 連絡先: ()		
その他			

* この利用申込書の他に、ADL一覧表も提出してください。(FAX:03-5856-0293)

ADL一覧表

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

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 ・ 車椅子（ 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○を付けた場合、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 ・ 曖昧 ・ なし ） 便意（ あり ・ 曖昧 ・ なし ） 失禁（ あり ・ なし ） 下着 ・ リハパン ・ パット ・ オムツ 備考：
視 力	普通 ・ 大きい物なら見える ・ 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：
コミュニケーション	可 ・ 不可 言語障害（ あり ・ なし ） 備考：
既往歴等	既往歴・入院歴・OP歴等ご記入ください
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 (周辺症状等)	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 ・ 幻視 ・ 収集癖 ・ 感情の起伏 ・ 介護拒否 作話 ・ 危険行為 ・ その他（ _____ ） 備考：
介護する上で特に気を つけなければならない点など	

記入者名 _____

ハートデイサービスセンター