認知症対応型通所介護　デイサービスあじさい　利用申し込み書

TEL　0573-55-0065
FAX　0573-55-0075

申込日	20　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所		TEL FAX		担当	
申込者		電話番号		続柄	

利用者								
	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	大・昭　年　月　日	年齢		歳
	住所	〒　　－　　岐阜県恵那市				電話番号		- -
	緊急連絡先 □申込者と同じ	ふりがな 氏名		続柄		電話番号		- -
	介護度	□要支援 1 □要支援 2	□要介護 1 □要介護 2 □要介護 3 □要介護 4 □要介護 5	認知度	□ランク Ⅰ □ランク Ⅱ □ランク Ⅲ □ランク Ⅳ □ランク Ⅴ	（認知症はあるが、日常生活はほぼ自立） （誰かが注意していれば自立） （認知症や異常行動、意思疎通の困難さがある） （常に目を離す事ができない） （著しい精神症状や問題行動があり、専門医療が必要）		
	被保険者番号			認定日	20　年　月　日			
	認定有効期限	20　年　月　日　～　20　年　月　日						
	かかりつけの病院		主治医		連絡先			
	主な病名							
	利用希望日	第一希望	月・火・水・木・金・土		入浴希望	有り・無し		
		第二希望	月・火・水・木・金・土					
	利用希望回数	週　　回						

家族の状況	ふりがな 氏名	年齢	続柄	同居別居の別	住所	電話番号
				同・別		- -
				同・別		- -
				同・別		- -
				同・別		- -

一番お困りな事は何ですか？

*申し込みの際には住宅地図を添付願います。

20　年　　月　　日 現在

身体状況及び日常生活における動作の状況をチェックして下さい				特　記　事　項
麻　痺	□右上肢　□右下肢　□その他（　　）			
	□左上肢　□左下肢　□その他（　　）			
食　事	形態	主食	□ご飯　□軟飯　□粥	
		副食	□普通　□刻み　□ミキサー	
	手段	□箸　□スプーン　□フォーク		
		エプロン使用　　□必要　□不必要		
歯の状況	□入歯無し　□総入歯　□部分入歯			
薬の有無	□有（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前） □無し			
移　動	立ち上がり	□自立　□見守り　□介助が必要		
	手段	□独歩　□杖　□歩行器		
		□車椅子（自力 ・ 介助が必要）		
排　泄	尿意	□有　　□無し		
	便意	□有　　□無し		
	□リハパン　□パット　□紙オムツ　□布パンツ			
	□トイレ　□Pトイレ　□尿器　□バルーン			
	□自立　□声掛けが必要　□介助が必要　□全介助			
入　浴	□一人で可能　□一人で可能だが見守りが必要			
	□洗髪等に一部介助　□全介助　□自宅で入浴不可能			
着　脱	□自立　□一部介助　□全介助			
意思疎通	□問題なし　□簡単な事なら分かる			
	□時々通じる　□ほとんど分からない			
視　力	□問題なく見える　□だいたい見える			
	□光を感じる程度　□ほとんど見えない			
聴　力	□問題なく聞こえる　□大声なら聞こえる			
	□耳元なら聞こえる　□全く聞こえない			
その他	□最近の事をよく忘れる　□日時・曜日が分からなくなる			
	□場所が分からなくなる　□理由も無くイライラする			
	□家族と他人を区別できない　□うろうろ歩き回る			
	□暴言や暴力行為　□異物を食べる　□不潔行為			
	□その他			