

通所介護・介護予防通所介護 利用申込書



デイサービスグッドライフケア銀座
FAX:03-6730-8484

申込者	氏名	ケアマネージャー・本人・家族		
	住所	〒		
	連絡先			
利用者	ふりがな			生年月日
	氏名			
	住所	〒		
	連絡先			
介護保険被保険者番号				
介護区分				
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		
負担割合		割	公費負担	あり・なし
緊急連絡先	氏名			(続柄:)
	住所	〒		
	連絡先			
	氏名			(続柄:)
	住所	〒		
	連絡先			
かかりつけ医	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	居宅介護支援事業所:			
	担当:			
	連絡先:			
希望開始日、曜日	希望通所開始日: 令和 年 月 日から			
	【午前】 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
	【午後】 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
	曜日指定はないが、週 日			
入浴の希望	入浴の希望 (あり・なし)			
送迎希望の有無	送迎希望: 有・無			
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:			
備考欄				

ADL一覧表

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・車いす（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 ※一部介助の場合、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・あいまい・なし） 便意（あり・あいまい・なし） 失禁（あり・なし）下着・リハパン・パット・おむつ 備考：	
視力	普通・大きいものなら見える・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：
服薬(昼食時)	服薬：（あり・なし）	
義歯	あり（上・下）・なし・部分入れ歯（部位：）	
食事介助	自立・一部介助・全部介助	好き嫌い等（）
食事内容	主食（普通・おかゆ・ペースト食・流動食）	副食（普通・一口・刻み・ミキサ）
アレルギー	あり（）・なし	
食種区分	普通食・糖尿病（Kcal）・腎臓食・その他（）	
コミュニケーション	可・不可 言語障害（あり・なし） 備考：	
主疾患 既往歴	主疾患・既往歴・入院歴・手術歴等お書きください。 感染症 あり（）・なし	
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	あり・なし 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・幻聴・収集癖 感情の起伏・介護拒否・作話・危険行為・その他（） 備考：	
介護するうえで特に注意すべき点		
ご見学候補日	年	月 日
担当者会議の候補日	年	月 日