

【小規模多機能型居宅介護 ゆるり鍋島 利用申込書】

申込年月日 年 月 日

申込者

(フリガナ) ご利用者氏名		男・女	生年月日	M T S	年 月 日 (歳)	
住所	電話番号			自宅		
				携帯		
区分	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請					
居宅介護支援 事業所				担当者	主治医	
家族構成	氏名	同居の有無	続柄	年齢	住所	連絡先
現在利用のサービス						
既往歴				現病歴		
食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 経口摂取	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう		
	形態	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 刻み
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる		
使用具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> その他		
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	状況	<input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレ	<input type="checkbox"/> リハパン	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> その他
入浴	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
歩行	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	立位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可		
	移動状況	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車いす (自走・自走不可)	
その他	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 眠れない事が多い	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 眠剤を使用 ()	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい (眼鏡使用)		<input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい (補聴器使用)		<input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 話せるが聞き取りにくい		<input type="checkbox"/> 話せない	
	理解度	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> あまり理解できない		<input type="checkbox"/> 理解できない	
生活歴						
ご本人 ご家族の希望及び要望						

受付職員 氏名