

通所介護施設利用申請書

年 月 日

宇和島地区広域事務組合
デイサービス施設

施設長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

下記事由により通所介護サービスの利用申請を致します。

利用者氏名				性別	男・女	
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	歳
利用者住所	〒					
介護者氏名			続柄			
介護者住所	〒					
ケアプラン作成事業所名						
作成者名			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					
介護保険被保険者番号						
備考						

※介護保険要介護認定 要支援1～要介護5の方が介護保険でのご利用の対象となります。

[第1様式]

◎ 主たる連絡先

氏名		続柄		年齢	歳
自宅電話番号	— —	その他		— —	
住所	〒				
勤務先		勤務先		— —	

※携帯電話等お持ちで差し支え無いようでしたら、その他の欄へ番号をご記入下さい。

◎ その他の連絡先

氏名	続柄	年齢	自宅電話番号	その他の連絡先
			— —	— —
			— —	— —
			— —	— —
			— —	— —

◎ かかりつけの医療機関（主治医を上段に記入してください。）

医療機関名	医師氏名	電話番号
		— —
		— —
		— —

◎ その他

医療保険等の加入状況	後期高齢 ・ 国保 ・ 協会健保 ・ 原爆
生活保護受給状況	1. 受給中 2. 受給していない

本人の状況について

①日常生活の自立度等について

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V M

②心身及び日常生活の状況

視力 普通に見える 弱視 全盲 判断不能 眼鏡使用

聴力 普通に聞こえる 大声なら 難聴 判断不能 補聴器使用

歩行 自立 何かにつかまれば可能 一部介助 不能

車椅子の使用 可能（移乗； 自力 要介助 運転； 自力 要介助） 不可能

寝返り 自立 何かにつかまれば可能 出来ない

排泄行為 自力 一部介助 全介助

排泄場所等 トイレ ポータブルトイレ リハビリパンツ オムツ

入浴 自立 一部介助 全介助 特浴 清拭

着脱衣 自立 時間がかかる 一部介助 全介助

食事 自立 見守り 一部介助 全介助

飲み込みの際詰めたことが 無 有（ 一度 再々 ）

短期記憶 問題なし 問題あり

日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

自分の意思伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

認知症の周辺症状 無 有

（有の場合） → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他（ ）

③介護上の留意事項

()

④その他の特記事項

()

意見書記載医師名		医療機関名	
意見書作成日	年	月	日作成

1. 傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または障害の直接の原因となっている症病名については1. に記入)及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2)症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(3)介護の必要の程度に関する今後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化			
(4)生活機能低下の直接の原因となっている疾病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容			

2. 特別な医療

処置内用等
<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

3. 心身の状態に関する意見

その他の精神・神経症状
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
身体の状態
利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 体重 = kg 身長 = cm 凡例
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)
<input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

感染症の有無 (有りの場合は、具体的に記入して下さい。)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明

5. その他の特記事項

--