

ルロシェ 通所介護 利用申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
担当者				

利用希望者	ふりがな				性別	生年月日				
	氏名				男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	住所	〒 -				電話番号	自宅			
							携帯			
							FAX			
	介護保険証	保険者(番号)				要介護度	□未申請・申請中			
		被保険者番号								
	有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	
希望利用日	週 回 【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 】									
入浴の希望	有 ・ 無			送迎の希望	有 ・ 無					

申込者	住所	〒 -			電話番号	自宅			
						携帯			
				FAX					
	ふりがな				入所希望者との続柄				
	氏名								
その他の緊急時連絡先	住所	〒 -			電話番号	自宅			
						携帯			
						FAX			
	ふりがな				入所希望者との続柄				
	氏名								

現在ケアマネージャーがいる場合記入してください。

事業者名			
電話番号		ファックス番号	
担当ケアマネージャー氏名			

利用希望者の状況

※該当するものにレ印の上その状況をご記入ください。

現在居るところ	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	名称	入所・入院期間		(年 月から 年 月)	
医療状況に関する	かかりつけの病院	主治医		電話番号	
	(既往歴・現在治療中の病気等)				
認知症等	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他 (
	頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
介護状況に関する	飲 水 食 事	<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 尿	<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 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	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			
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	衣 服 着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> 全く聞えない			
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない				

主に介護をしている方について

介護者の状況	ふりがな		性別	年齢	連絡先	続柄
	氏 名		男・女	歳	TEL FAX	
介護者の状況	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ()				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる				
		<input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添い)の必要な家族がいる (自宅療養・入院中)				
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 利用希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1・2・3・4・5)					
	<input type="checkbox"/> 無し					
	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる					
	<input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる					
<input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる						
<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない						

介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項がありましたらお書きください

<memo>

--