

地域密着型通所介護・横浜市通所介護相当サービス口お問い合わせ・口利用申込書

受付日	年 月 日			口来所 口電話 口その他()		
フリガナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ()	生年月日	口T・口S
氏名						年月日 (歳)
住所 電話	TEL			<input type="checkbox"/> 日モ <input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他		
申込者	フリガナ	続柄	口居宅支援事業所名	口連絡先		口担当ケアマネージャー名
	氏名					
希望曜日など						
現在最終認定区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援(口1・口2) <input type="checkbox"/> 要介護(口1・口2・口3・口4・口5)			口区変中		
認定有効期間				被保険者番号		
介護保険負担割合	適応期間		生活保護受給		口有 口無	
家族状況	続柄		氏名	生年月日	同別居	連絡先(勤務先等)
					同・別	
					同・別	
A D L	1 自立 2 困難だが自立 3 一部介助 4 全介助					
	移動	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子			聴覚障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	排泄	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ			視覚障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食事	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー			精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
入浴	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 銭湯 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		段差やエレベーター・オート ロックの有無など			
医療情報	医療機関名:					
	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 級 / <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 愛 <input type="checkbox"/> その他 / 障がい名					
自由記載	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎					
備考欄				管理者	相談員	受理者