

利 用 申 込 書

年 月 日

利 用 者	氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月	日	歳
	住所			電話				
	介護認定 要支援・1・2・3・4・5							
連絡先①	氏名		続柄	勤 務 先 携帯電話				
	住所			電話				
連絡先②	氏名		続柄	勤 務 先 携帯電話				
	住所			電話				
ケアプラン作成事業所						介護支援専門員		
家族状況（キーパーソン等）				経過内容				
病 歴	既往歴							
	主治医 TEL							
	内服薬							

食 事	①自立 ②一部介助 ③全介助 ④その他（ ・形態 ⑤主食（米飯・全粥）⑥副食（常食・軟菜・きざみ・ミキサー）⑦経管栄養 ・食欲（普通・少食） ・嚥下（普通・むせやすい） 禁止・嫌いな食べ物
排 泄	①自立 ②一部介助 ③見守り ④全介助 ・（オムツ・リハパン・パット・その他）使用 ・尿意（有・無） ・尿回数（ /日） ・便意（有・無） ・排便（ 日/回） ・便秘対応（浣腸・下剤・その他）
移 動 移 乗	①独歩 ②杖歩行 ③装具 ④歩行器 ⑤シルバーカー ⑥車椅子（自走・介助） ⑦その他（ ）
入 浴	①自立 ②一般浴 ③機械浴（ストレッチャー・車椅子） ④清拭のみ ⑤その他（ ） 入浴回数（ /週）
口 腔	・歯（自歯・義歯 {上・下・全・無}）・装着剤 有・無 ・洗浄 ①自立 ②一部介助 ③全介助 ④
更 衣	①自立 ②一部介助 ③全介助 ④その他（ ）
整 容	①自立 ②一部介助 ③準備、見守り ④全介助 ⑤その他（ ）
認知症状況	無 ・ 有
・身長 c m ・体重 k g ・平均血圧 / ・平均体温 ℃ ・運動機能障害（有・無） （有る場合その内容） ・言語（普通・やや不明・やっと通じる ほとんど話さない） ・視力障害（有・無） 眼鏡（使用・未使用） ・聴力 難聴（有・無）補聴器（使用・未使用） ・浮腫（有・無） 部位（ ） ・発疹（有・無） 部位（ ） ・褥瘡（有・無） 部位（ ） ・顔色（良・不良） ・酒 合 ・たばこ 本/日	備考