

居宅サービス利用申込書

平成 年 月 日

フリガナ						男・女	生年月日	M T S 年 月 日生(歳)		
利用者氏名										
住所						電話番号	()			
緊急連絡先氏名					続柄:	電話番号	()			
住所										
要介護度	1 支2 介1 2 3 4 5(負担割合 1割・2割) 申請					被保険者番号				
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					保険者				
公費	有・無 種類 ()				負担限度額認定証	有・無 第 段階				
居宅介護支援事業所						事業所番号				
電話番号	()					担当介護支援専門員				
依頼居宅サービス種類	訪問介護 訪問看護 通所介護 福祉用具貸与 短期入所									
依頼内容										
既往症・現病						主治医名				
						病院名				
						住所				
						電話番号	()			
身体状況	歩行	自立 一部介助 全介助 ()				精神状況	記憶障害	軽度 中度 重度		
	排泄	自立 一部介助 全介助 ()					失見当	軽度 中度 重度		
	食事	自立 一部介助 全介助 ()					問題行動	攻撃的行為 自傷行為		
	入浴	自立 一部介助 全介助						火の不始末 徘徊		
	着替え	自立 一部介助 全介助						不穏興奮 不潔行為		
日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M									
備考										

アオアクア居宅介護支援センター江東

アオアクア居宅介護支援センター江戸川

FAX 03-5628-5200

FAX 03-6808-0151