

## 恵那市社協(予防・介護)サービス利用予約票

宛

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー \_\_\_\_\_

## 利用者情報

TEL:

FAX:

フリガナ 利用者氏名	男・女		生年月日	T・S 年 月 日 歳
現住所	〒 恵那市		電話番号	
被保険者番号				
要介護度	事業対象者 / 要支援1・2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中			
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	年 月 日
利用区分	通所サービスA・通所介護・訪問介護・福祉用具(貸与/購入)			
利用開始希望日	年 月 日( ) ~		回数	週 回
希望曜日	月 火 水 木 金 土 日		時間	: ~ :
サービス内容 (訪問介護)	身体 生活			
福祉用具	貸与			
	購入			
かかりつけ医	病院名			医師名
主病名				
既往歴				
薬	有・無 (朝・昼・夕・その他) *有の場合は薬剤情報をお願いします			
感染症	有( )・無・不明			
日常生活自立度	寝たきり J・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症 正・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
具体的な症状				
A D L	食事 自立・一介・全介 入浴 自立・一介・全介 一般浴(大・小) リフト浴 車浴 寝浴 着脱 自立・一介・全介 排泄 自立・トイレ見守り・介助 (パット・リハパン・オムツ) 移動 歩行・杖・押し車・歩行器・車いす・寝たきり			
家族状態	独居・高齢者世帯・同居( )			
現在の 身体・生活状況				
主介護者	氏名	(続柄)		
	住所		電話	
緊急連絡先	氏名	(続柄)		電話
上記の件受付いたしました 令和 年 月 日 担当者	通信欄			

\*住宅地図の添付をお願いします。

R5.8 作成