

地域密着型サービスリーベン鎌ヶ谷 認知症対応型 通所介護事業所
利用申込書

(介護支援専門員 記入用)

① 基本情報

利用者氏名	様 (男 ・ 女)
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (才)
住所	鎌ヶ谷市
電話番号	
要介護度	
居宅介護支援 事業者	(事業者名) (担当者名)

① ADL (当てはまる項目にチェックをいれてください。)

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 移動の介助が必要
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ベッド使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツ使用 <input type="checkbox"/> 排泄の介助が必要
入浴	<input type="checkbox"/> 自宅で入浴している <input type="checkbox"/> サービス利用で入浴している (機械浴 ・ 一般浴)

③ 行動障害について (当てはまる項目に全てチェックをいれてください。)

<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不活発・閉じこもり <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> その他 ()
--

④ 医療情報について

病名	発症年月日	かかりつけの 医療機関	経過 (内服治療中・経過観察・完治など)

受付日 年 月 日 受付担当者印