

共通サービス利用申請書

申請日 平成 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	生年月日					歳
	氏名	様	男女	明	大	昭	年	月	
	住所	〒 -							
	要介護度	申請中 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5							
	有効認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			<input type="checkbox"/> 初回利用 <input type="checkbox"/> 再利用 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 自宅				
介護保険被保険者番号									
申請者	フリガナ		利用者との関係					同居	
	氏名	様						有 無	
	住所	〒 -							
希望サービスの種類									
希望利用期間 平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()									
利用の目的									

《日常行動》 該当する項目があればチェックしてください

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人の区別がつかない | <input type="checkbox"/> 暴言 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 自分の名前・年齢がわからない | <input type="checkbox"/> 徘徊 | [] |
| <input type="checkbox"/> 不潔行動 | <input type="checkbox"/> 大声で騒ぐ | |
| <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 被害妄想 | |
| <input type="checkbox"/> 性的逸脱行動 | <input type="checkbox"/> 情緒不安定 | |

<週間スケジュール>

	午前	午後
月曜日		
火曜日		
水曜日		
木曜日		
金曜日		
土曜日		
日曜日		

担当居宅介護支援業者		TEL	
担当居宅介護支援専門員		FAX	

かかりつけ医療機関		TEL	
担当医		FAX	

共通サービス利用申請書(情報提供サマリー)

フリガナ		男・女	生年月日	M T S	年	月	日	歳
氏名								

平成 年 月 日現在の状況

						特記事項
視力	見えない	見えにくい			支障なし	
聴力	聴こえない	聴こえにくい			支障なし	
言語	話せない	はっきりしない			支障なし	
理解	出来ない	やや困難			支障なし	
移動	ストレッチャー	車椅子介助	車椅子自走	介助歩行	支障なし	
移乗	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
食事	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
衣服着脱	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
洗面	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
入浴	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
服薬	全介助	一部介助	見守り		支障なし	
睡眠	不眠	時に不眠	良眠		支障なし	
排泄	オムツ (昼 夜)	便尿器	PTトイレ介助 PTトイレ自立	トイレ介助	支障なし	

これまでの経過および生活上の課題

その他(留意点)

担当居宅支援事業所名		TEL	
担当介護支援専門員		FAX	