

申込票③

フリガナ
氏名

様

記入日 年 月 日
記入者

身体状況	介護度：要介護 1・2・3・4・5 (要支援 1・2)
	有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日
	自立度：J・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知度：I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M
	認知症診断：有 (診断名： 診断日： 年 月 日) ・ 無
	身障手帳：有 (級) ・ 無
住宅状況	家屋状況：持ち家・借家 平屋・2階建・3階建・他, マンション (階), アパート (階) エレベーター (有・無)
	同居家族：有・無
	玄関状況：階段などの段差 (有 段・無), 手すり (有・無)
	本人の居室：戸建ての場合…1階・2階・他 (階) 和室・洋間, ベッド・布団
	トイレ：和式・様式, 手すり (有・無)
浴室：有 (使用 可・不可) ・ 無	
サービス利用状況	※利用頻度・曜日を記入
	・往診 () ・訪問看護 ()
	・配食サービス () ・入浴サービス ()
	・通所リハ () ・デイサービス ()
	・その他 ()
	・福祉用具の貸与、給付： 有 ・ 無
福祉用具の内容 ()	

週間サービス利用表

日	月	火	水	木	金	土

ご本人の意向：

ご家族の意向：

その他、特記事項