

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