

# 居宅サービス利用申込書

平成 年 月 日

フリガナ 利用者 氏名		男・女	生年月日	MTS 年 月 日生( )					
住所		電話番号	( )						
緊急連絡先 氏名		続柄:	電話番号	( )					
住所									
要介護度	支1 支2 介1 2 3 4 5 申請中	被保険者番号							
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		保険者						
公費	有・無 種類 ( )	負担限度額認定証	有・無 第 段階						
居宅介護支援事業所			事業所番号						
電話番号	( )		担当介護支援専門員						
依頼居住サービス種類	訪問介護 通所介護 短期入所								
依頼内容									
既往症・ 現病			主治医名						
			病院名						
			住所						
			電話番号						
身体 状況	歩行	自立 一部介助 全介助 ( )		精神 状況	記憶傷害	軽度 中度 重度			
	排泄	自立 一部介助 全介助 ( )			失見当	軽度 中度 重度			
	食事	自立 一部介助 全介助 ( )			問題行動	攻撃的行為 自傷行為			
	入浴	自立 一部介助 全介助				火の不始末 徘徊			
	着替え	自立 一部介助 全介助				不穏興奮 不潔行為			
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
備考									