

介護サービス利用申込書

希望サービス⇒ 1.通所介護 2.訪問介護				年 月 日 記入	
利用頻度: 単発・継続 ⇒					
申し込み理由:					
ケアプランセンター名		担当介護 支援専門		電話	
現在利用中のサービス					
フリガナ		性別	生 年 月 日		
名前		男・女	M・T・S 年 月 日		
住所		電話			
かかりつけ病院			住所		
			電話		
現在の病名					
現在の使用薬					
介護認定: 未認定・申請中・認定済【要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】					
認知症: 無・有		障害者手帳: 無・有⇒ 種 級 障害部位:			
日常生活動作	移動	独歩・杖・押し車・歩行器・車椅子・不可 / 介助(無・有)			
	詳細				
	食事	介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有⇒)			
	詳細				
	入浴	自立・一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む)・全介助			
	詳細				
	排泄	介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)			
	詳細				
現在の状況 (認知症状を含む) サービスに対する 希望等	着脱衣	自立・一部介助(見守りを含む)・全介助			
	詳細				
家族の状況(緊急時の連絡の順番にご記入下さい。)					
氏名	続柄	年齢	同・別居	住所	電話番号
①					
②					
③					
④					
申請者	住所				氏名 ㊟