

# サービス利用申込書



申込年月日 年 月 日

サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 [ 介護 ・ 予防 ・ 障害福祉 ・ 総合事業(予防相当) ・ 総合事業(緩和型) ]	<input type="checkbox"/> 私費
	<input type="checkbox"/> 通所介護 [ 一般 ・ 認知 ・ リハ ・ 地域密着 ] [ 介護 ・ 予防 ・ 総合事業(予防相当) ・ 総合事業(緩和型) ]	
	<input type="checkbox"/> SS [ 介護 ・ 予防 ]	<input type="checkbox"/> 福祉用具 [ レンタル ・ 特定販売 ・ 販売 ・ 住宅改修 ] [ 介護 ・ 予防 ]

利用者情報	ふりがな		性別	年齢	歳		
	ご利用者氏名	様	男・女	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日		
	住所	( 〒 - )					
	TEL		被保険者番号				
	要介護認定	申請中(更新中) ・ 非該当 ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ・ その他( )					
	認定日	年 月 日	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ その他( )	負担割合適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	日常生活自立度	認知症	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
			判定日	年 月 日	判定日	年 月 日	
			判定者(機関名)	※主治医意見から転記願います。		判定者(機関名)	
生活保護	無 ・ 有		(受給者番号)				
			(減免)	無 ・ 有( )			

主介護者	氏名	様	続柄	
	住所	( 〒 - )		
	TEL①		TEL②	
	家族構成	※家族構成図等を記載		
		世帯状況	独居 ・ 日中独居 ・ 家族同居 高齢者世帯 ・ 他( )	

医療情報	主治医(医療機関名)		TEL	
	処置	尿道カテーテル ・ 酸素療法 ・ 褥瘡処置(部位: ) ・ その他( )		
	病歴		処方薬	
	感染症	無 ・ 有( )	アレルギー	無 ・ 不明 ・ 有( )

居宅介護支援事業者名		ケアマネジャー担当者氏名	
TEL		FAX	

ご記入頂きました個人情報は、サービス提供以外で使用したり、第三者に提供したりすることは一切ございません。個人情報取扱の詳細については、当社ホームページ・各事業所等にてご確認ください。

### ソラスト使用欄

受付確認	備考	受付後確認事項
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事前訪問予定 年 月 日 ( AM ・ PM ) 担当:</li> <li>● サービス開始予定 年 月 日 担当:</li> </ul>

## サービス利用申込書 [通所]



ご利用者氏名	
--------	--

A D L の 状 況	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助	
	(屋内)	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他	
	(屋外)	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他	
	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助 ・ 経管栄養	
	(主食)	常食 ・ おにぎり ・ 粥食 ・ ミキサー食	
	(副食)	常食 ・ 一口大 ・ キザミ食 ・ ミキサー食	
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助	
		尿意(有・無) ・ 便意(有・無)	
		トイレ ・ PTイレ ・ オムツ ・ 尿器 ・ カテーテル	
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助	
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助		
整容	自立 ・ 見守り ・ 一部自立 ・ 全介助		
精神状況 その他			

希 望 サ ー ビ ス	援助目標			
	利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	時間区分	時間以上      時間未満
	個別機能訓練(I・II) 運動器機能向上	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	送迎	往復 ・ 行きのみ ・ 帰りのみ ・ なし
	入浴	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	認知症加算	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

その他 (特記事項・留意事項)	※送迎時の居宅内介助必要の有無(有・無)
--------------------	----------------------