

## 通所介護 フラワープラム 利用申込書

**自立支援型 ・ 認知症対応型 ・ パワーリハビリ** ※希望サービスを○で囲んで下さい。

申込日 平成 年 月 日

氏名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（                      ）
住所	〒      -		
電話番号		携帯電話	

利用希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	氏名		認定結果	要支援 1・要支援 2		
			性別	要介護 1・2・3・4・5		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日（満 歳）				
	現住所	〒      -				
主な介護者	氏名		性別	男・女	本人との関係	
			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している				
		<input type="checkbox"/> 別居している（住所                      ）				
介護している上で困っていること						
連絡先	氏名	住所				
	続柄	電話番号		携帯電話		
	氏名	住所				
	続柄	電話番号		携帯電話		
医療機関	かかりつけ医					
	医療機関名		電話番号			
	主治医					
	住所					
	緊急時に搬送を希望する医療機関					
	①		②		③	

※この申込書に、「介護保険被保険者証」の写しを添付して下さい。

## 通所介護 フラワープラム 利用申込者状況表

申込日 平成 年 月 日

被保険者番号		氏名	
記入者		本人との関係	

◆該当するものに○をして下さい。

身体・精神状況 および日常生活 動作等	聴力	普通 大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない	
	視力	普通 近くなら見える ほとんど見えない	
	麻痺	無 有（具体的部位： ）	
	意思の伝達	伝えられる 時々伝えられる 伝えられない	
	理解力	理解できる 時々理解できる 全くできない	
	移動	自立 杖 歩行器 車椅子（自操：可・不可）	
	座位	できる 長時間座れない（ 分位は可能） できない	
	着替え	できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要	
	入浴	希望する 希望しない	
		できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要	
	※パワーリハビリを希望される方は記入不要です。		
	送迎	希望する 希望しない	
	アレルギー	ない ある（ ）	
	食事形態等	主食：ご飯 お粥 粥セリー	
		副食：常菜 一口大 ソフト食 やわらか食	
		水分：普通 トロミ使用	
		義歯（ 無 ・ 有 ：部分入れ歯 総入れ歯）	
		カロリー制限（ 無 ・ 有 ： kcal）	
		食事方法：自立 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要	
	※パワーリハビリを希望される方は記入不要です。		
内服薬	無 ・ 有		
	昼（食前・食後）（薬： ）		
※パワーリハビリを希望される方は記入不要です。			
排泄	自立 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要		
	布パンツ 尿取りパット 紙パンツ 紙おむつ		
	尿意（ 有 ・ 無 不明 ） 便意（ 有 ・ 無 不明 ）		
	失禁（ 無 ・ 有（常時・時々） 下剤（ 有 ・ 無 ）		
夜間の様子	良く寝ている 時々起きている あまり寝ていない		

身体・精神状況 および日常生活 動作等	認知症	無 年相応 少し有 有
	顕著な症状 (概要事項に ○をお願いします)	記憶力低下 記憶障害 見当識障害 人物誤認
		妄想 幻覚 幻聴 昼夜逆転
		徘徊 他者トラブル 帰宅要求
		暴言 暴行 介護への抵抗 大声
		異食 盗食 収集癖 性的言動
		放尿 放便 感情不安定
	治療中の病気	無 有 ( )
服薬	無 有 ( )	
医療的処置	尿留置カテーテル 在宅酸素療法 インスリン注射 人口肛門 褥瘡(床ずれ) その他 ( ) ※受入れの可否に関わるため、事前にご相談下さい。	
特記すべき事項 ※感染症の有無等		

既往歴

発症年月日	病名	備考

居宅介護支援事業所

事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	
住所	
サービスの利用状況	

利用希望曜日

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ( 回/週)
------------------------------