ケアコンプレックス高清水 看護小規模多機能居宅介護　利用申込書

令和　　年　　月　　日

ＩＤ	

フリガナ	血液型	TPHA　MRSA
氏 名　　様　男 女		HBs　疥 癬
Ｍ・Ｔ・Ｓ　年　月　日（　歳）	型	HCV

〒　—

フリガナ
住 所　　電話　（　）

かかりつけの医療機関名　　病 名

申請者氏名	フリガナ 氏 名	様　男 女　続柄　㊞
	〒　— フリガナ 住 所	
	電 話　（　）	

歩　行	1人で（ できる ・ できない ）（ 杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ）
排　泄	1人で（ できる ・ できない ）（ オムツ ・ ポータブルトイレ ）
食　事	1人で（ できる ・ できない ）
医療処置等	無 ・ 有　具体的に（　）
要介護度	要介護度

看多機ご利用の動機・介護で困っていることなど

入居時状況	入居年月日 年　月　日	家庭　施設（　） 医療機関（　）その他			
	障害老人の日常生活自立度				
	□正常　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2				
	認知症老人の日常生活自立度				
	□正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M				
	長谷川式簡易知能評価スケール(HDS－R)　（　）点				
判　定 年　月　日	可 不可	特記事項	管理者	計画作成担当者	介　護
退居時状況	退居年月日 年　月　日	家庭　施設（　） 死亡　医療機関（　）			
判　定 年　月　日	可 不可	特記事項	管理者	計画作成担当者	介　護

※この申込書には、介護保険被保険者証の写しを添付してください。