

ふりがな			M T S
氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	電話番号		自宅: 携帯:
介護度	申請中 要支援() 要介護()	希望日	H 年 月 日 () 午前 午後
同伴者名 (関係)	()		
既往症			
服薬状況			
障害状況	1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 言語障害 4. 肢体・機能障害 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・体幹) 5. 内部障害(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸・小腸)		
寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症	無 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
身体状況	麻痺	有 (部位:) ・ 無	
	拘縮	有 (部位:) ・ 無	
	歩行	自立 一部介助 全介助 (使用器具:)	
	立ち上がり	自立 一部介助 全介助	
	立位	自立 一部介助 全介助	
	片足立位	自立 一部介助 全介助	
	座位	自立 一部介助 全介助	
	排泄	自立 一部介助 全介助	
居宅支援事業所			
電話番号		担当CM	
FAX番号			
特記事項			

★受付日 H 年 月 日 ()

TEL: 072-~~990-5377~~ 943-0381

FAX: 072-~~990-5378~~ 943-0387

スローライフあったかほ一む