

ふりがな				希望日	H 年 月 日 ()			
氏名	(男・女)			生年月日	M T S			
住所					年 月 日 (歳)			
介護度	申請中 要支援() 要介護()			電話番号	自宅: 携帯:			
同伴者名 (関係)	()			入浴	要 清拭 不要	服薬状況		
既往症				お食事	要 不要 ()			
機能訓練	要	不要	要相談					
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:072-943-0381

FAX:072-943-0387

スローライフあったかほーむ