

認知症対応型通所介護 こころの丘 利用申し込み・変更届出用書

(通所介護 ・ 予防介護)

平成 年 月 日

利用者氏名	ふりがな	男 . 女	明 大 昭 年 月 日 歳
住所	〒		
連絡先	氏名	明・大・昭 年 月 日 歳	
	住所	〒 自宅TEL 携帯TEL	
利用目的	1 介護者の休養 2 独居・老々介護 3 機能訓練 4 その他()	利用時間 <input type="checkbox"/> 9-16 <input type="checkbox"/> 13-16 希望曜日 () 送迎の有無 (迎 送 なし)	
現在の状況	* 自宅 かかりつけ医 病名		
	* 入院中 病院名 病名 退院予定日		
	* 他施設入所中 施設名 退所予定日		
サービス利用状況	通所リハビリテーション	事業所名 /週	曜日
	通所介護	事業所名 /週	曜日
	訪問介護	事業所名 /週	曜日
	その他		
A D L	食事 自立・一部介助・全介助 排泄 自立・一部介助・全介助 (オムツ リハパン パッド 留置カテーテル ポータブル 尿器) 移動 自立・一部介助・全介助 (杖・歩行器・シルバーカー・車椅子) 入浴 自立・一部介助・全介助 (一般浴・特浴)		
認知症	徘徊 暴言 暴力 収集行為 異食行為 昼夜逆転 被害妄想 記憶力低下 独語 大声 その他		
特別な処置	インシュリン 在宅酸素 褥瘡の処置 疼痛の看護 人工肛門 カテーテル等 その他		
内服薬	有 無		
要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
寝たきり度	J A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症度 正 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
居宅介護支援事業所	TEL		
担当介護支援専門員	FAX		
申込者氏名	続柄		
連絡先			

特別養護老人ホーム こころの丘
認知症対応型通所介護 こころの丘