

◇介護支援（ケアマネジャー）予約表

TEL03-5987-5282 FAX03-5987-5283

申込日 平成 年 月 日
 介護支援薬師堂
 練馬区富士見台2-47-14
 事業所No. 1372000040

※不明なところ、プライバシー保護のため書きたくないところはご記入いただかなくても大丈夫です

利用者	フリガナ		性別	男・女
	氏名	様	生年月日	明・大・昭・平
	住所		年 月 日	
	TEL		FAX	

ご希望内容

ヘルパー希望 訪問入浴希望 訪問看護希望 デイサービス、デイケア希望など

利用者の状況	介護度	要介護	料金支払予算(ケアマネの料金は無料)	
	適用年月日有効期限	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
	減額証お持ちの場合ご記入下さい			
	今困っている病気			
	今までにかかった病気や手術			
	障害の度合い	正常 見守りが必要 何らかの介助が必要 24時間介助が必要		
	物忘れ等の状況	正常 あるが生活に支障はない あるので生活するのに食事等おくれる あるので皆を巻き込んで困って		
	歩行	自立・一部介助・全介助	車イス・杖	
	食事	自立・一部介助・全介助	刻み	
	排泄	自立・一部介助・全介助	オムツ・カテーテル・時間でトイレにお声がけ	
	視力	普通・見えにくい・ほとんど見えない・見えない		
	聴覚	普通・聞こえにくい・かなり大きい声・聞こえない		
お話理解	できる・ときどき・困難	書ける	かける・困難	

主治医	医療機関名		TEL	
	住所		主治医名	

連絡先者	名前		続柄	
	住所			
	TEL		FAX	

家族	名前	生年月日	年齢	続柄	同居別居の有無	名前	生年月日	年齢	続柄	同居別居の有無
					同居・別居					同居・別居
					同居・別居					同居・別居
					同居・別居					同居・別居