

訪問介護サービス依頼書

【個人情報 受信時取扱い厳重注意】

送付年月日 年 月 日

居宅介護支援事業所名		担当者名	
指定事業者番号		電話	FAX

ふりがな				性別		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	
お客様名												
住所	〒											
	電話番号											
介護保険情報	被保険者番号				保険者番号	131193 ・ ()						
	要介護状態区分	申請中 ・ 更新中 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5										
	限度額適用期間	年 月 日			から	年 月 日			まで			
公費情報 (訪介護減免)	公費負担①	区分		負担者番号				受給者番号				
	公費負担②	区分		負担者番号				受給者番号				
	公費負担③	区分		負担者番号				受給者番号				
	公費負担④	区分		負担者番号				受給者番号				
その他	障害者手帳等の有無											
	民生委員	氏名						連絡先				
ご家族 (介護者)	ふりがな				住所	〒						
	ご家族名 (介護者名)					電話番号						
	続柄					携帯番号						
かかりつけ医 (医療情報)	医療機関名	診療科	担当医	所在地				電話番号				
家族構成図 (介護者の状況等)						住居の状況 (間取り等)						
居住形態 (独居 ・ 日中独居 ・ 同居)												
経過 (健康状態・通院状況など)												

自覚症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 手足のふるえ 上肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） 下肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 手足のしびれ 上肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） 下肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> 発作 （ ） <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 痛み （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
生活動作状態等	移動（歩行）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖や補助具使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり （留意事項等）
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 （留意事項等）
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 （ ） <input type="checkbox"/> 全介助 （ ） （留意事項等）
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （留意事項等）
	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （留意事項等）
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 （ ） <input type="checkbox"/> 困難 （認知症 有・無 ） （留意事項等）
	服薬の有無 医師からの 注意事項等	<input type="checkbox"/> 服薬なし <input type="checkbox"/> 服薬あり （ 確認の必要 有・無 ） （薬の種類・医師からの注意事項等）
サービス内容等	<input type="checkbox"/> 介護保険適用 <input type="checkbox"/> 自費サービス （サービス内容・希望曜日・時間等）	
備考		