

通所介護事業所 Akala 利用申込書

※全ての項目をわかる範囲で構いませんので記入して下さい

申込日 年 月 日

居宅介護支援事業所	事業所名		⇒	事業所名	医療法人社団NALU 通所介護事業所 Akala
	電話	-		事業所番号	1474201660
	FAX	-		電話	046-236-2170
	Mail			FAX	046-236-2171
	担当 ケアマネジャー			Mali	akala.nalu2023@gmail.com
	携帯番号	-		担当者	あやづか ゆうじ / すがわら こうへい 綾塚 裕司 / 菅原 航平

利用者基本情報	フリガナ		性別	男	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	氏名			女	年齢	年 月 日 (歳)
	住所	〒 -			自宅電話	
	介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	緊急連絡先(主)	氏名	続柄	TEL	住所	〒 -
				携帯	Mail	:
緊急連絡先(副)	氏名	続柄	TEL	住所	〒 -	
			携帯	Mail	:	

日常生活の状況	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 方法など ()				
	起きがり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ムース 水分： <input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり：150mlに対して <input type="checkbox"/> 小さじ2.5cc <input type="checkbox"/> 小さじ5cc <input type="checkbox"/> 中さじ10cc <input type="checkbox"/> 大きじ15cc				
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具など ()				
	排便管理	<input type="checkbox"/> 失禁なし <input type="checkbox"/> 失禁あり <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ				
	排尿管理	<input type="checkbox"/> 失禁なし <input type="checkbox"/> 失禁あり <input type="checkbox"/> その他 ()				

サービス情報	希望日時 ※可能な日、 または 避けたい日も ご記入ください	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 入浴希望 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上希望 <input type="checkbox"/> 送迎なし	他のサービス利用状況
	利用目的	<input type="checkbox"/> 身体機能機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 認知機能機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持向上 <input type="checkbox"/> 家事動作の維持向上 <input type="checkbox"/> 余暇活動の維持向上 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプサービス) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハ (デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他

医療情報	主疾患名		経過及び 介護状況	
	医療機関名		主治医	氏名

ご利用の経緯	
--------	--

特記事項	
------	--