

# サービス利用申込書

年 月 日 ( )

利用者 氏名		性別		生年月日	年 月 日
-----------	--	----	--	------	-------

住所	〒			TEL	
				寝たきり度	認知症度

介護認定	申請中	変更中	介護度	認 定 期 間
				~

居宅介護支援事業所	担当ケアマネ	TEL	
		FAX	

連絡先	氏名	続柄	電話番号

既往歴・内服等	医療行為・処置・その他

**【認知症周辺症状】**

精神・行動障害 有       精神・行動障害 無  
 幻視       幻聴       妄想       徘徊       昼夜逆転       異食  
 暴言       暴行       介護への抵抗       火の不始末       不潔行動       その他

**【その他症状】**

**【主治医】**

**【本人・家族の希望】**

褥瘡 有       褥瘡 無       麻痺 有       麻痺 無

褥瘡部位:

<input checked="" type="checkbox"/> 歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input checked="" type="checkbox"/> 移 乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input checked="" type="checkbox"/> 食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input checked="" type="checkbox"/> 排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input checked="" type="checkbox"/> オムツの使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
<input checked="" type="checkbox"/> 更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 使用用具・器具等				

サービス利用希望(社会福祉法人ぱる)

	希望○	利用中	内 容
いきいきタウンとだデイ			
いきいきタウンとだ認知デイ			
いきいきタウン蕨デイ			
いきいきタウン蕨認知デイ			
いきいきタウンとだショート			
いきいきタウン蕨ショート			
デイサービスぱる蕨			
ぱる戸田(訪問介護)			
ぱる蕨(訪問介護)			
ぱる戸田(福祉用具)			
小規模ぱるの家きざわ			

その他のサービス	
備 考	