

申込日令和 年 月 日	サーラかがやき見学申込書		FAX03-5945-7885			
フリガナ					性別	
氏名	様				男 女	
生年月日・年齢	明治・大正・昭和 年 月 日 歳	電話				
住所			携帯電話			
ご家族氏名	様	配偶者・子・その他		就労状況		
同居・別居()	携帯電話			電話		
見学希望日	令和 年 月 日 :	送迎希望 有 無	付添者 有 無	ケアマネジャーさんの同席も出来ましたら、お願いします。		
*見学時に気を付ける事があればご記入ください。						
居宅支援事業所			事業所番号			
担当ケアマネジャー			電話	FAX		

***見学時は上記太枠内をご記入ください。ご利用が決まりましたら、下記にご記入ください。**

申込日令和 年 月 日	サーラかがやき利用申込書		FAX03-5945-7885			
保険者	練馬区・その他()		被保険者番号			
認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中		月 日付区分変更中			
認定有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日		認定日		令和 年 月 日	
確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証にて確認 <input type="checkbox"/> その他		介護保険負担割合		3割 2割 1割	
公費受給状況	無 有(生活保護・他)		公費番号		負担者番号	
歩行	自立・一部介助・杖歩行・手引き・車いす		入浴	自立・一部介助・全介助		
排泄	自立・一部介助・全介助・紙おむつ着用		更衣	自立・一部介助・全介助		
食事	ご飯・お粥 形態;常食・一口大・刻み・ミキサー		分量:普通・少量		パンの可 否・麺類の可 否	
食事関係	アレルギー無 有()		禁止食材			
買い物	本人・その他		掃除	本人・その他		調理
視力	問題なし・眼鏡使用・()		聴力	問題なし・補聴器使用		
口腔	歯あり・義歯なし・義歯あり上・下		身長		体重	
通所理由	意欲向上・社会参加・友人作り・家族介護負担軽減・他者の勧め・その他()					
希望曜日	月 火 水 木 金 土	週 回 祝日利用 有 無 空きが出た時の臨時利用 有 無				
入浴希望	有 無		有の場合は診療情報提供書等を確認後に実施となります			
医療機関名			科	主治医		受診頻度
住所			電話			
疾病	<input type="checkbox"/> 認知症() <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他		診療情報提供書をお願いします			
中核症状	短期記憶 問題有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		意思決定 問題有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		意思伝達 問題有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末					
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他					
その他の精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状名)		専門医受診の有無		<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
感染症	無 有()		医療処置	無 有()		皮膚疾患
屋食前後薬	無 有 お薬手帳か薬剤情報をお願いします		障害高齢者自立度		自立 J1 2 A1 2 B1 2 C1 2	
認知症高齢者日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M (IIIa以上の方は、認知症加算 1日60単位が加算されます)					