

# ◇介護支援（ケアマネージャー）予約表

申込日 平成 年 月 日

介護支援薬師堂すみ  
練馬区向山1-14-16

TEL03-3825-7387 FAX03-5987-5667

事業所No. 1372006468

※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