

## 利用申込書

年 月 日

ケアヴィラ宝塚



希望	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ				
ご利用者	フリガナ			男・女	生 年 月 日
	氏名			男・女	M・T・S 年 月 日 才
	住所	〒			
	心身の状態	電話番号			
		意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> ある程度出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
		移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 出来ない(全面的な介助が必要)		
		食事	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 介助が必要 ( <input type="checkbox"/> 飲み込み問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込み出来ない )		
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 手を貸せば出来る <input type="checkbox"/> オムツ使用			
現在の状況	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5    有効期間 年 月 日			
	主な病名	いつからですか			
	①			年 月頃	
	②			年 月頃	
	③			年 月頃	
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名 入院日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名 入所日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 在宅治療中 (かかりつけ医 ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診・訪問看護 <input type="checkbox"/> 在宅療養中だが定期的な治療は受けていない				
	居宅介護支援事業者 (担当のケアマネジャーもお書きください)		担当:		
申込者(介護者)	フリガナ			続柄	生 年 月 日
	氏名			男・女	M・T・S 年 月 日 才
	住所	〒			
	職業			勤務先	
連絡先	氏名		続柄	年齢	住所・電話番号