

令和 年 月 日

申込者 住所

氏名

印

続柄 ()

電話 自宅

勤務先

携帯

ふりがな 利用者氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日生まれ	年齢	歳	
住 所 電話番号	()				
現在の 居場所	自宅	居宅介護支援事業所()			
	施設	老健()・療養型()・その他()			
介護保険被保険					
市町村名 (保険者明)	高知市		その他 ()		
①介護状態区分	要支援 (1 ・ 2)		要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
①の認定の有効期間	平成 年 月 日		～ 平成 年 月 日		
介護状況	食事：普通食・きざみ・ミキサー		移乗：自立・一部介助・全介助		
	自立・一部介助・全介助		排便：毎日・2～3日・便秘		
	排泄：自立・一部介助・全介助		トイレ・Pトイレ	パット・紙パンツ・紙おむつ	
	歩行：自立・見守り・介助		衣類着脱：自立・見守り・一部介助・全介助		
	独歩：車椅子・シルバーカー・杖・手引き		視力：見える・大体見える		
	入浴：自立・見守り・一部介助・全介助		聴力：聞える・聞えにくい・難聴・補聴器		
	睡眠：良眠・不眠気味・不眠				
現在の利用している サービス又は現状	デイサービス ・ ショートステイ ・ 訪問入浴 ・ 訪問介護 訪問看護 ・ 訪問リハ ・ その他()				
現状やご要望等					