

# サービス利用予約票

平成 年 月 日

居宅介護支援事業者名

担当ケアマネージャー氏名

TEL ( )

FAX ( )

(ふりがな) 利用者様氏名		男性 女性	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住 所		〒 -		TEL ( ) -
介 護 度		要支援 1 ・ 2      要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
主 治 医		病院名		医師名
現 病 名				
家族状況		独居・高齢世帯・介護が困難な家族等と同居・介護が可能な家族等と同居		
認知症		無 ・ 有 (問題行動 無 ・ 有 [ ) )		
住 宅	家屋状況	住宅改修 ( 未 ・ 済 )		
	就寝の状態	ベッド・ギャッジベッド・布団		
日 常 生 活 活 動	屋内歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	屋外歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	トイレ動作	日中：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
		夜間：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	入 浴	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	階 段	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
手 段 的 日 常 生 活 活 動	更 衣	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	買い物	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (付き添いが必要 など)		
	食事準備	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (材料があれば可能・温めぐらいは可能 など)		
	洗 濯	不可 ・ 自立 ・ 介助		
	服薬管理	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (薬を分けておく準備が必要 など)		
	外 出	通院 ・ 買い物 ・ 趣味活動・その他 ( )		
	移 動 手 段	家の近所 ( 徒歩・マイカー・タクシー・他 )		
それ以外 ( 徒歩・マイカー・タクシー・他 )				
通 院	回 / 月 ・ 週間 ( 徒歩・マイカー・タクシー・他 )			
＜サービス希望理由＞				
＜他サービス利用状況＞ ・ デイサービス ( /週) ・ 通所リハビリ ( /週) ・ ショートステイ ( /月) ・ 訪問リハビリ ( /週) ・ 訪問看護 ( /週) ・ 訪問介護 ( /週) ・ 訪問入浴 ( /週) ・ その他 ( )				
＜ダメな曜日・時間帯＞				
＜ケアマネが望むこと＞				