

サービス利用予約票

令和 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・平成 年 月 日 (歳)
住 所		〒 -		TEL () -
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5・申請中			
主治医	病院名		医師名	
現病名				
既往歴				
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		
	更衣	不可・自立・一部介助・介助		
手段的日常生活活動	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＞				

健康状態確認

健康診断書又は診療情報提供書の有無	有（健康診断書・診療情報提供書） ・ 無
-------------------	----------------------

※無しの場合、下記の記載をお願いします

感染症	B型肝炎ウイルス検査：HBs抗原 陰性 ・ 陽性 ・ 不明
	C型肝炎ウイルス検査：HCV抗体 陰性 ・ 陽性 ・ 不明
	梅毒検査：陰性 ・ 陽性 ・ 不明
水分摂取管理の必要性（あり ・ なし） 水分摂取管理の必要性がある場合は内容をお書き下さい（例：心不全、慢性腎不全など）	
その他サービス提供上でのリスク・注意点（あり ・ なし） リスク・注意点がある場合は内容をお書き下さい	

身体づくり支援所 リライフ