

居宅サービス依頼書 NO.1

| | | | |
|------------|---|---|---|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 担当者 | | | |
| 事業者番号 | | | |

事業所
担当者 様

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------|---------|----------|-----------|-----|-----------|-------------------|-----|--|--|--|
| 氏名等 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | (生年月日) | | | M・T・S | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | |
| | 住所〒 | | | | | | | TEL | | | | | | |
| | | | | | | | | 携帯 | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険関係 | 保険者番号 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 要介護度 | 要支援・要介護(1・2・3・4・5)・申請中 | | | | | | | | | | | | |
| | 有効期限 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 認定年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 特別措置 | 生活保護・利用者負担減免適用・保険給付額適用・身障・難病・その他() | | | | | | | | | | | | |
| 家族状況等 | 住宅 | 一戸建・集合住宅(F)エレベーター(有・無)・その他() | | | | | | | | | | | | |
| | 家族構成 | | | | ☆主たる介護者 | | | | | | | | | |
| | | | | | 名前: | | | 続柄 | TEL | | | | | |
| | | | | | 住所: | | | 携帯 | | | | | | |
| | | | | | ※キーパーソン | | | | | | | | | |
| | | | | | 名前: | | | 続柄 | TEL | | | | | |
| | | | | 住所: | | | 携帯 | | | | | | | |
| 病歴等 | 病歴 | | | 服薬 | | | 入院(最近1年間) | | | 医療的な管理 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 心疾患(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | 無・有(下記参照) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高血圧(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・ペースメーカー | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・ニトロ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> パーキンソン(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・インシュリン | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 脳血管障害(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・ストーマ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 脳血管障害(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・カテーテル | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・胃ろう | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 骨折(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・気管切開 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 感染症(有・無) | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・じょくそう() | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | 無・有() | | | 無・有(~) | | | ・アレルギー() | | | | | |
| | | | | | | | | | ・その他() | | | | | |
| 主治医 | 病院 | | | 科 | | | 先生 | | | 最近の受診状況 回/月 通院・往診 | | | | |
| | 住所 | | | TEL | | | | | | | | | | |
| | 病院 | | | 科 | | | 先生 | | | 最近の受診状況 回/月 通院・往診 | | | | |
| | 住所 | | | TEL | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | |

* 現時点で把握している情報です。空欄や詳細は後日ご確認ください。

| 項目 | ADLの状況 | 項目 | ADLの状況 | |
|---------------------------|---|-------------------------------------|--|---|
| ①麻痺等の有無 | 1.ない 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.その他 | ⑧整容(更衣等) | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | |
| ②関節可動制限域 | 1.ない 2.肩 3.肘 4.股 5.膝 6.足 7.その他 | ⑨家事全般 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | |
| ③動作 | 1.立ったり座ったりできる(自分で・介助) 2.座位を保てる(自分で・もたれて) 3.全く起き上がれない | ⑩言語 | 1.日常的に不自由はない 2.少し話せる 3.単語程度しか話せない 4.話せない | |
| ④歩行 | 1.自立 2.つかまれば可(杖・歩行器・手すり) 3.一部介助 4.不可 | ⑪聴力 | 1.普通 2.大体聴こえる 3.大きな声なら聞こえる 4.耳元なら聞こえる 5.聞こえない | |
| ⑤入浴 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | ⑫視力 | 1.普通 2.1mで見える 3.目の前で見える 4.見えない 5.不明 | |
| ⑥排泄 | 昼間 | 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑬睡眠 | 1.よく眠れる 2.普通 3.眠れない 睡眠剤(有り・無し) |
| | 夜間 | 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑭日常の意志決定 | 1.できる 2.特別な場合を除いてできる 3.日常的に困難 4.できない |
| ⑦食事 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助(内容 1.普通食 2.粥食 3.きざみ食 4.流動食 5.経管栄養) 嚥下障害(有・無) | | | |
| 障害老人日常生活自立度 | 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 | | | |
| 痴呆性老人日常生活自立度 | 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | | |
| ＜特記事項＞□居宅サービス依頼時 □モニタリング時 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

□ サービス担当者に対する照会(依頼)内容 □ モニタリングに対する照会(依頼)内容

| | |
|-------------------|--|
| サービス担当者会議を開催しない理由 | |
| 照会(依頼)内容 | |

＜サービス種類＞ □訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □訪問リハ □通所介護 □通所リハ
 □短期入所生活介護 □短期入所療養介護 □福祉用具貸与

| | | |
|------------------|--|--|
| ＜利用目的および提供上の留意点＞ | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ＜サービス開始希望日＞ | | | 年 | 月 | 日より |
|--|---|------|---|---|-----|
| 曜日 | 提供時間 | 支援内容 | | | |
| | : ~ : | | | | |
| | : ~ : | | | | |
| | : ~ : | | | | |
| | : ~ : | | | | |
| | : ~ : | | | | |
| 希望商品 | ・車イス ・ベット ・じょくそう予防用具 ・体位変換器 ・手すり ・リフト ・スロープ ・歩行器 ・つえ ・徘徊探知機 ・その他() | | | | |
| (備考)□サービス担当者に対する照会 □モニタリング時サービス変更がある場合 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(回答日) 年 月 日

| | |
|------|---------|
| 回答内容 | |
| | (回答者氏名) |

居宅サービス依頼書 NO.1

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | |
| 担当者 | | | |
| 事業者番号 | | | |

事業所
担当者 様

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|--------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 氏名等 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 男・女 | (生年月日) | M・T・S | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所〒 | 住所 | | | | | | TEL | 携帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">介護保険証を確認し、記入する。</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">住所地と現在の居場所が違う場合など記入する。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険関係 | 保険者番号 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護度 | 要支援・要介護(1・2・3・4・5)・申請中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定年月日 | 平成 | 年 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">集合住宅の場合、居住している階数の記入及びエレベーターの有無を記入する。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別措置 | 生活保護・利 | 適 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">被保険者の介護を常時行っている者を記入する。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族状況等 | 住宅 | 一戸建・集合住宅(F) エレベーター(有) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家族構成 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">現時点で把握している内容を記入し、各サービスにおいて、必要な情報は事業所にて情報収集してもらうよう依頼する。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☆主たる介護者 | 名前: 住所: <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">被保険者の介護を常時行っている者ではないが、サービスの提供の決定を行っている者を記入</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※キーパーソン | 名前: 続柄 TEL 携帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病歴等 | 病 | <table border="1"> <tr> <td>□心疾患(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□高血圧(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□糖尿病(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□パーキンソン(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□脳血管障害(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□呼吸器疾患(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□骨折(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□感染症(有・無)</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> <tr> <td>□その他()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> <td>無・有()</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | □心疾患(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □高血圧(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □糖尿病(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □パーキンソン(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □脳血管障害(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □呼吸器疾患(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □骨折(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □感染症(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | □その他() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() |
| | □心疾患(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □高血圧(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □糖尿病(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □パーキンソン(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □脳血管障害(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □呼吸器疾患(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □骨折(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □感染症(有・無) | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □その他() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | 無・有() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | 病院 | 科 | 先生 | 最近の受診状況 回/月 通院・往診 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 病院 | 科 | 先生 | 最近の受診状況 回/月 通院・往診 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">上記内容についての補足的事項等を記入する。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 現時点で把握している情報です。空欄や詳細は後日ご確認ください。

| 項目 | ADLの状況 | 項目 | ADLの状況 | |
|---|---|-------------------------------------|--|---|
| ①麻痺等の有無 | 1.ない 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.その他 | ⑧整容(更衣等) | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | |
| ②関節可動制限域 | 1.ない 2.肩 3.肘 4.股 5.膝 6.足 7.その他 | ⑨家事全般 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | |
| ③動作 | 1.立ったり座ったりできる(自分で・介助) 2.座位を保てる(自分で・もたれて) 3.全く起き上がれない | ⑩言語 | 1.日常的に不自由はない 2.少し話せる 3.単語程度しか話せない 4.話せない | |
| ④歩行 | 1.自立 2.つかまれば可(杖・歩行器・手すり) 3.一部介助 4.不可 | ⑪聴力 | 1.普通 2.大体聴こえる 3.大きな声なら聞こえる 4.耳元なら聞こえる 5.聞こえない | |
| ⑤入浴 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | ⑫視力 | 1.普通 2.1mで見える 3.目の前で見える 4.見えない 5.不明 | |
| ⑥排泄 | 昼間 | 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑬睡眠 | 1.よく眠れる 2.普通 3.眠れない 睡眠剤(有り・無し) |
| | 夜間 | 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑭日常の意志決定 | 1.できる 2.特別な場合を除いてできる 3.日常的に困難 4.できない |
| ⑦食事 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助(内容 1.普通食 2.粥食 3.きざみ食 4.流動食 5.経管栄養) 嚥下障害(有・無) | | | |
| 障害老人日常生活自立度 | 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 | | | |
| 痴呆性老人日常生活自立度 | 正常 I IIa IIb | | | |
| <input type="checkbox"/> 特記事項 > <input type="checkbox"/> 居宅サービス依頼時 <input type="checkbox"/> モニタリング <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 身体状況や介護上の留意点等の特記事項を記入する。 </div> | | | | |

サービス担当者に対する照会(依頼)内容 モニタリングに対する照会(依頼)内容

| | |
|-------------------|---|
| サービス担当者会議を開催しない理由 | |
| 照会(依頼)内容 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 第5表「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」様式に変わって、活用できるような項目とする。 </div> |

<サービス種類> 訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハ 通所介護 通所リハ
 短期入所生活介護 短期入所療養介護 福祉用具貸与

<利用目的および提供上の留意点>

| |
|--|
| |
| |
| |

<サービス開始希望日> 年 月 日より

| 曜日 | 提供時間 | 支援内容 |
|----|-------|------|
| | : ~ : | |
| | : ~ : | |
| | : ~ : | |
| | : ~ : | |
| | : ~ : | |

希望商品 車イス ベット じょくそう予防用具 体位変換器 手すり リフト スロープ 歩行器 つえ 徘徊探知機 その他()

(備考) サービス担当者に対する照会 モニタリング時サービス変更がある場合

事業所より返答もらう。(FAX等の活用)

(回答日) 年 月 日

回答内容

(回答者氏名)

記入例 居宅サービス依頼書 NO.1

依頼日 平成 16 年 2 月 17 日
 事業所 吹田市ケアプランセンター
 担当者 吹田 太郎
 事業者番号 1234567890

事業所 吹田市デイサービスセンター
 担当者 大阪 花子 様

| | | | | |
|-----------|----------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 氏名等 | フリガナ ニッポン タロウ | 氏名 日本 太郎 | 男・女 (生年月日) (M) T・S 44年 12月 20日 (91歳) | |
| | 住所 〒564-0041 吹田市泉町1丁目3番40号 | | | TEL 06-6384-1231 携帯 090-6834-1231 |
| | 特記事項 | 長男宅に居住(吹田市泉町1丁目20番1-306号) | | |
| | 保険関係 | 保険者番号 2 7 2 0 5 4 | 被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | |
| 家族状況等 | 要介護度 | 要支援・要介護 (1)・2・3・4・5) ・申請中 | | |
| | 有効期限 | 平成 16年 1月 1日 ~ 平成 16年 12月 31日 | | |
| | 認定年月日 | 平成 15年 12月 20日 | | |
| | 特別措置 | 生活保護・利用者負担減免適用・保険給付額適用・身障・難病・その他() | | |
| 家族構成 | 住宅 | 一戸建・集合住宅(3F)エレベーター(有・無)・その他() | | |
| | 同居 | ☆主たる介護者 | 名前: 日本 桃子 続柄 長男の妻 TEL 06-6384-1231 住所: 吹田市泉町1丁目20番1-306号 携帯 | |
| | | ※キーパーソン | 名前: 日本 次郎 続柄 長男 TEL 06-6384-1231 住所: 吹田市泉町1丁目20番1-306号 携帯 090-6834-1231 | |
| 病歴等 | 病歴 | 服薬 | 入院(最近1年間) | 医療的な管理 |
| | ■心疾患(有・無) | 無・有(ニトロ) | (無)有() | 無・有(下記参照) |
| | □高血圧(有・無) | 無・有() | 無・有() | ペースメーカー |
| | □糖尿病(有・無) | 無・有() | 無・有() | ニトロ |
| | □パーキンソン(有・無) | 無・有() | 無・有() | インシュリン |
| | □脳血管障害(有・無) | 無・有() | 無・有() | ストーマ |
| | □呼吸器疾患(有・無) | 無・有() | 無・有() | カテーテル |
| | □骨折(有・無) | 無・有() | 無・有() | 胃ろう |
| □感染症(有・無) | 無・有() | 無・有() | 気管切開 | |
| □その他() | 無・有() | 無・有() | じょくそう() | |
| 主治医 | 吹田市民 病院 内科 阪口 先生 | 最近の受診状況 | 1回/月 (通院) 往診 | |
| | 住所 吹田市片山町2丁目13番20号 | TEL | 06-6380-5825 | |
| | 病院 科 先生 | 最近の受診状況 | 回/月 通院・往診 | |
| 備考 | 動作後、息切れ・動悸が出現することが最近多い。 | | | |

* 現時点で把握している情報です。空欄や詳細は後日ご確認ください。

| 項目 | ADLの状況 | 項目 | ADLの状況 |
|--|---|----------|--|
| ①麻痺等の有無 | 1.ない 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.その他 | ⑧整容(更衣等) | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 |
| ②関節可動制限域 | 1.ない 2.肩 3.肘 4.股 5.膝 6.足 7.その他 | ⑨家事全般 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 |
| ③動作 | 1.立ったり座ったりできる(自分で 介助) 2.座位を保てる(自分で・もたれて) 3.全く起き上がれない | ⑩言語 | 1.日常的に不自由はない 2.少し話せる 3.単語程度しか話せない 4.話せない |
| ④歩行 | 1.自立 2.つかまれば可(杖・歩行器・手すり) 3.一部介助 4.不可 | ⑪聴力 | 1.普通 2.大体聴こえる 3.大きな声なら聞こえる 4.耳元なら聞こえる 5.聞こえない |
| ⑤入浴 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 | ⑫視力 | 1.普通 2.1mで見える 3.目の前で見える 4.見えない 5.不明 |
| ⑥排泄 | 昼間 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑬睡眠 | 1.よく眠れる 2.普通 3.眠れない 睡眠剤(有り・無し) |
| | 夜間 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 | ⑭日常の意志決定 | 1.できる 2.特別な場合を除いてできる 3.日常的に困難 4.できない |
| ⑦食事 | 1.自立 2.ほぼ自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助(内容 1.普通食 2.粥食 3.きざみ食 4.流動食 5.経管栄養) 嚥下障害(有・無) | | |
| 障害老人日常生活自立度 | 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 | | |
| 痴呆性老人日常生活自立度 | 正常 I II a II b III a III b IV M | | |
| <特記事項> ■居宅サービス依頼時 <input type="checkbox"/> モニタリング時 | | | |
| 右下肢に麻痺があるため、歩行時ふらつきがある。(見守り必要) | | | |

■ サービス担当者に対する照会(依頼)内容 モニタリングに対する照会(依頼)内容

| | |
|-------------------|------------------------|
| サービス担当者会議を開催しない理由 | サービス利用を急ぎ、日程調整困難なため |
| 照会(依頼)内容 | 下記、サービス依頼内容の検討をお願いします。 |

<サービス種類> 訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハ 通所介護 通所リハ
短期入所生活介護 短期入所療養介護 福祉用具貸与

| <利用目的および提供上の留意点> | | | |
|---|---|---------|----------|
| 自宅にて、閉じ込めりがちであり、外出機会の確保及び主介護者の介護負担の軽減休養を図るため。 | | | |
| <サービス開始希望日> 平成 16年 3月 20日より | | | |
| 曜日 | 提供時間 | | 支援内容 |
| 月 | 10:00 | ~ 17:00 | 入浴サービス希望 |
| 水 | 10:00 | ~ 17:00 | 入浴サービス希望 |
| | : | ~ : | |
| | : | ~ : | |
| | : | ~ : | |
| 希望商品 | ・車イス・ベット・じょくそう予防用具・体位変換器・手すり・リフト・スロープ・歩行器・つえ・徘徊探知機・その他() | | |
| (備考) ■サービス担当者に対する照会 <input type="checkbox"/> モニタリング時サービス変更がある場合 | | | |
| 第3木曜日に市民病院に通院。緊急時には、キーパーソン(長男)の携帯に連絡。 | | | |

(回答日) 年 月 日

| | |
|------|---------|
| 回答内容 | |
| | (回答者氏名) |