

通所介護利用申請書

年 月 日

徳之島町社会福祉協議会 会長 様

申請者 住 所

氏 名

連 絡 先

利用 対 象 者	フリガナ				生年月日	年 月 日	男・女
	氏 名				電話番号		
	徳之島町				・ 事業対象者 ・ 要支援（ ） ・ 要介護（ ） ・ その他（ ）		
家 族 状 況	氏 名	続柄	同居・別居	医 療 機 関	医療機関		
					主治医名		
					連絡先		

身体状況（現疾病名及び既往病など）

現 在 の 状 況	移動手段： <input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> できない （補助具） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖（T字・4点・その他 ） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす（自走・介助）	
	食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ・リハビリパンツ・尿取りパッド 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助 周辺症状： <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・錯覚 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし	

希望する理由

希望する日数：週 回



徳之島町社会福祉協議会			
会長	事務局長	次長	通所介護 管理者