

情報提供依頼書

(デイサービス・ショートステイ用)

社会福祉法人 秋篠茜会
TEL 0742 (52) 4315
FAX 0742 (52) 4319

氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日
住所	TEL	
要介護状態区分	要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5	
負担段階	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 基準段階 <input type="checkbox"/> 未申請	
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
デイ利用経験	有 ・ 無	ショート利用経験 有 ・ 無
身体情報	特別な医療 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン投与 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置() <input type="checkbox"/> その他の処置() その他	
入浴	介助について <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 その他	
食事	介助について <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 その他	
排泄	介助について <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 排便コントロールについて <input type="checkbox"/> 定期薬服用 <input type="checkbox"/> 頓服薬服用 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 無 その他	
移動	介助について <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 その他	
その他		

居宅支援事業所 _____

氏名 _____