

稲美町訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

稲美町長 様

申請者

〒

住所

ふりがな

氏名

続柄

電話番号

稲美町訪問理美容サービス事業実施要綱第5条の規定に基づき、訪問理美容サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり稲美町が対象者に関する稲美町保有の介護保険の要介護認定、障害者手帳等の情報を閲覧することに同意します。

対象者の状況	住 所				
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	年	月	日生	(歳)
	電話番号				
	申請理由	1 介護保険の要介護認定 (要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5) 2 障害者手帳 (身体障害者手帳1級 ・ 身体障害者手帳2級 ・ 療育手帳A判定) 3 その他 (理由)			
連絡先 (付添人)	住 所				
	氏 名				
	対象者との続柄				
	電話番号				
利用者が従来利用 していた理美容所	名称				
	場所				
希 望 す る 月	4 ・ 5 ・ 6	7 ・ 8 ・ 9	10 ・ 11 ・ 12	1 ・ 2 ・ 3	
	○印を入れてください。3か月に一度を限度とします。				

該当する箇所にチェックして下さい。

身体 の 状 況	視 力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 少し聴こえにくい <input type="checkbox"/> 大声でなんとか聴こえる <input type="checkbox"/> 全く聴こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話しにくい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない
精 神 の 状 況	記憶障害	<input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない <input type="checkbox"/> 寸前のことを忘れる <input type="checkbox"/> 最近の出来事がわからない <input type="checkbox"/> 物忘れ、置き忘れが目立つ
	失見当	<input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからない <input type="checkbox"/> 時々自分の部屋がわからなくなる <input type="checkbox"/> 異なった環境に置かれると一時的にどこにいるのかわからなくなる
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 少し理解できない <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない <input type="checkbox"/> 全く理解できない
	問題行動	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行うことがある <input type="checkbox"/> 自分の身体に傷つけることがある <input type="checkbox"/> 火の扱いに不安がある <input type="checkbox"/> 外に出て、帰れなくなったことがある <input type="checkbox"/> 家であてもなく動き回ることがある <input type="checkbox"/> 興奮したり騒いだりすることがある <input type="checkbox"/> 失禁（おもらし）することがある <input type="checkbox"/> 会話がしにくいことがある <input type="checkbox"/> 場所をかまわず放尿したり、便をさわったりすることがある <input type="checkbox"/> その他、注意するようなことがありましたら記入して下さい ()
日 常 生 活 の 状 況	移 動	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 杖等を利用して歩ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩けない
	行 動	<input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 家の廻り <input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 床の上
	食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる（はし・スプーン） <input type="checkbox"/> 介助が必要（普通食・おかゆ・流動食） <input type="checkbox"/> 自分では食べられない
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要（便所・便器） <input type="checkbox"/> 全くできない
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全くできない
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全くできない

※以下は記入しないで下さい。

判 定	決 定 ・ 却 下	判定年月日	年 月 日
調査年月日	年 月 日	確 認 者	印
開始年月日	年 月 日	所 見	
利用回数	週 回		
備 考			