

# ロータスケアプランセンターお申し込み用紙

記入日 令和 年 月 日

## ■ご利用者様について

氏名	性別	生年月日
フリガナ 様	男性 ・ 女性	明・大・昭・平 年 月 日
住所		
TEL	FAX	携帯
( )	( )	( )

## ■介護保険被保険者証について

番号	申請	要介護状態区分等
	している・していない・申請中	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5
認定年月日	認定の有効期間	
令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

## ■病気について

主治医 医療機関名	主治医氏名		診療科
既往歴	発症年月日	治療の有無	経過
	平成 年 月 日 ごろ	している・していない	
	平成 年 月 日 ごろ	している・していない	
	平成 年 月 日 ごろ	している・していない	

## ■現在のご様子について

該当する所に○をつけて下さい。介護の参考にさせていただきます。	
移乗	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
入浴	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
食事	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
排泄	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
通院	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
家事全般	行う事ができる・声かけが必要・見守りが必要・一部介助が必要・全介助が必要
管理	行う事ができる・声かけが必要・一部管理が必要・すべての管理が必要

■主介護者様について

氏名	性別	続柄	同居の有無
フリガナ 様	男性 ・ 女性		同居 ・ 別居
住所			
TEL	FAX	携帯	
( )	( )	( )	
就労状況	連絡を希望する曜日と時間		
している・していない			
健康状態			
健康 ・ 精神的疲労あり ・ 身体的疲労あり ・ 精神的身体的疲労あり			

■アンケートにご協力下さい

介護保険法について詳しい説明を希望しますか？	はい ・ いいえ
早急にサービスを希望されますか？	はい ・ いいえ
将来的に介護施設などを希望されますか？	はい ・ いいえ
ベッドや手すりなどの介護の環境を整えたいですか？	はい ・ いいえ
認知症があると感じた事がありますか？	はい ・ いいえ
「外出するサービス」と「ご自宅でのサービス」ではどちらがよいですか？	外出サービス・自宅サービス
総合的に判断してご自身の状態はいかがですか？	良い ・ 悪い

■お困りな点やご希望されるサービス等がございましたらお書きください。

・
・
・
・
・
・
・

ロータスケアプランセンター (事業所番号：2172101806)

住所：大垣市禾森町4丁目コンフォート302

TEL：0584-77-2663

FAX：0584-77-2664