



## 介護申請におみえの方へ

ご本人のお体のようすを教えてください。

- 1 現在どこで生活されていますか。〔在宅 ・ 入院（入所）〕 {〔退院日： 〕  
〔施設名： 〕}
- 2 杖などで歩くことはできますか。〔 はい ・ いいえ 〕
- 3 食事は自分で食べられますか。〔 はい ・ いいえ 〕
- 4 お風呂はひとりで入られていますか。〔 はい ・ いいえ 〕
- 5 トイレは自分でできますか。〔 はい ・ いいえ 〕
- 6 認知症や物忘れで家庭生活で困ったことが生じていますか。〔 はい ・ いいえ 〕

- 7 特に困っていること、希望されることがありましたらお書きください。

( )

- 8 希望されるサービスに✓をしてください。

- 週に1回程度外出し、他者と交流をしたい（デイサービスなど）。
- ヘルパーによる訪問支援を受けたい。
- 住宅に手すりをつけるなどの住宅改修をしたい。
- ポータブルトイレなどの福祉用具を購入したい。
- 短期入所介護（ショートステイ）を利用したい。
- その他（ ）