

【説明確認及び情報収集に係る同意】

- 私は、提携事業者（施設）より「葛飾区家族等介護支援事業」及び介護保険制度の説明を受けました。
- 私は、本事業の申請に関する情報を、葛飾区福祉部高齢者支援課と担当地区の高齢者総合相談センターに提供することに同意します。

令和 年 月 日

申請者（ご家族）の署名

施設使用欄

認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名			
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医（病）院名		主治医	
	経過					
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない <input type="checkbox"/> その他				
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）		
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）		
		<input type="checkbox"/> 車イス（ <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助）	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）		
	転倒	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可		
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない		
<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> むせ（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない			
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交性 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き					
【今後希望する援助や生活やケアについての意向・要望等】						

葛飾区役所事務処理欄

令和 年 月 日	課長	係長	担当
上記の申請について右のとおり 決定し通知することとしたい。 認定 ・ 却下			
確認欄	受付印		
処理欄			