

社会福祉法人金ヶ崎町社会福祉協議会長 殿

訪 問 理 美 容 サ ー ビ ス 利 用 登 録 申 請 書

訪問理美容サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏 名	印 (男・女) M.T.S 年 月 日生
住 所	金ヶ崎町 自宅電話 — —
利用予定	月 日、 月 日、 月 日、 月 日、 (5月、8月、12月、2月の第2火曜日を予定する。 なお、変更がある場合は連絡をします。)
料 金	訪問理美容サービスは1回1,000円の個人負担になります。
家族状況	家族構成 (1 単身 2 高齢者世帯 3 その他) 家族状況 (1 日中不在 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし)
区 分	高齢者(介護度1・2・3・4・5、申請中、) 身体障害者(障害名: 等級: 種 級) その他()
現在の疾患名 通院	疾患名() (頃から) 未受診、 通院 回/月・週 往診 回/月・週 服薬 1なし 2あり かかりつけ医()
緊急時連絡先	ふりがな 利用者との関係() 氏名 男・女(歳) (自宅電話 — —) (携帯電話 — —) 勤務先 勤務先電話 — —
生活に関する 状況	移動(歩行) 1・2・3 () 認知 1・2・3 () 排泄 1・2・3 () 四肢機能 1・2・3 () 着替え 1・2・3 () 視力 1・2・3 () 整容 1・2・3 () 聴力 1・2・3 ()
総合判断	承認: 可・不可 コメント: