

磐田市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係

磐田市高齢者等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。

| | | | | |
|-------------------|--------|---------|---------|-------|
| 対象者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年 齢 | 歳 |
| 介助者の有無 | 無・有() | | | |
| 身体 の 状 況 | 上 肢 | 普通 | ・ 少し不自由 | ・ 不自由 |
| | 下 肢 | 普通 | ・ 少し不自由 | ・ 不自由 |
| | 視 力 | 普通 | ・ 弱 視 | ・ 全 盲 |
| | 聴 力 | 普通 | ・ やや難聴 | ・ 難 聴 |
| | 言 語 | 普通 | ・ 少し不自由 | ・ 不自由 |
| 精神状態 | 正常 | ・ やや認知症 | ・ 認知症 | |
| 世 帯 状 況 | 氏 名 | 年 齢 | 利用者との続柄 | 備 考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

裏面の記入もお願いします

在宅確認欄

免・保・介・ケ・その他 ()

訪問理美容サービス事業自己申告書

住 所 _____ 連絡先 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____

状態について(項目ごとに、一番当てはまるものに○を付けてください)

| 項目 | 状態 |
|------------------------|------------------|
| 医療機関への通院状況 | 介助なしで通院が可能 |
| | 介助があれば通院が可能 |
| | 在宅診療（往診） |
| 室内の歩行 | 自立 |
| | 補助具（杖や歩行器）を使用し自立 |
| | 一部介助 |
| | できない |
| 外出時の移動（本人だけで理美容店に行けるか） | 自立 |
| | 一部介助 |
| | できない |
| 段差昇降（段差昇降が本人だけでできるか） | 自立 |
| | 一部介助 |
| | できない |
| 座位保持（10分程度の座位保持ができるか） | 自立 |
| | 手でつかまれば可 |
| | 背もたれがあれば可 |
| | できない |
| 移動（日常生活の移動が介助なしでできるか） | 自立 |
| | 見守り必要 |
| | 身体を支える等の一部介助 |
| | 抱える等の全介助 |
| 認知症状等 | 認知症状等なし |
| | 認知症状等あり |

※利用券は郵送します。郵送先は利用者の住所（住民登録上の住所）に限ります。