

お元気コール利用申請書

年 月 日

小布施町長 様

申請者  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

小布施町お元気コール事業実施要綱第 条により、お元気コールを利用したいので、申請します。また、この事業の決定に必要な状況等を町が調査・確認すること、事業に必要な範囲で事業受託者に情報提供することに同意します。

利用対象者	住 所	小布施町大字 自治会 ( )		電 話 番 号	
	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
	希望する曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
	希望する時間帯	午前 ・ 午後			
世帯員	氏 名	続柄	生年月日	性別	
緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号（携帯番号等）		

(裏面も記入してください)

町記入欄

所見：
-----

年 月 日	課 長	係 長	担 当	事務処理欄	
利用を 決 定 す る。				システム	台帳
				通知書	事業者

様式第1号（裏面）

サービスの 利用状況	介護	
	福祉	
	その他	

日常生活の状況			
1 身体の状況			
(1) 視力	ア 普通	イ 弱視	ウ 全盲
(2) 聴力	ア 普通	イ やや難聴	ウ 難聴
(3) 言葉	ア 普通	イ 少し不自由	ウ 不自由
2 日常生活動作の状況			
(1) 歩行	ア 自分で可	イ 一部介助	ウ 全介助
(2) 排泄	ア 自分で可	イ 一部介助	ウ 全介助
(3) 食事	ア 自分で可	イ 一部介助	ウ 全介助
(4) 入浴	ア 自分で可	イ 一部介助	ウ 全介助
(5) 着脱衣	ア 自分で可	イ 一部介助	ウ 全介助
(6) じよく せう 褥 瘡	ア 無	イ 有(程度 )	
(7) おむつ使用	ア 無	イ 有(1日平均枚数 枚)	
3 精神状態			
(1) 認知症	ア 無	イ 有(軽度・中度・重度)	
(2) 不安	ア 無	イ 有(軽度・中度・重度)	
(3) 抑うつ	ア 無	イ 有(軽度・中度・重度)	
備考			