第１号様式の２
付表

逗子市重度身体障がい者訪問入浴サービス事業利用に係る届出書

年　　月　　日

逗　子　市　長

住　所
申請者
氏　名

次のとおり申請します。

利用対象者	氏　　名		申請者との続柄	
	生年月日		性　　別	男・女
	住　　所		電話番号	
身体障害者手帳	県・市　第　　号 年　　月　　日交付　　種　　級			
障　害　名				
疾病名（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載すること。）				

医療機関意見欄

障害名

疾病の有無　□　有（病名　　）　　□　無

意見欄（入浴に際しての注意事項等）

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　㊞

利用対象者の状況		
日常の生活動作	食事	□ 自立　□ 半介助　□ 全介助
	排泄	□ 自立　□ 半介助　□ 全介助　□おむつ使用
	衣服の着脱	□ 自立　□ 半介助　□ 全介助
心身の状況	視力	□ 普通　□ 弱視　□ 全盲
	聴力	□ 普通　□ やや難聴　□ 難聴
	発作	□ 有（頻度等　　）　□ 無
	褥瘡	□ 有　□ 無
移動	歩行	□ 自立　□ 杖使用　□ 伝い歩き　□ 車いす □ ストレッチャー
	寝返り	□ 可　□ 不可
	座位の保持	□ 可　□ 不可
意思の疎通	伝達	□ 普通　□ やや不自由　□ 不自由
	了解	□ 普通　□ やや不自由　□ 不自由

検査項目		
感染性疾患	肺結核	
	梅毒	
	肝炎	ＨＢｓ　抗原（　　） ＨＣＶ　抗体（　　）
	その他感染性疾患	
血圧測定		／　　ｍｍＨｇ
精神疾患と認知症の有無		1　精神障害　⑴なし ⑵あり（①認知症　②その他　　） 2　認知症状　⑴なし ⑵あり（①記憶障害　軽度・中度・重度） （②失見当　軽度・中度・重度）

世　帯　の　状　況				
主たる介護者	氏　名		利用対象者との続柄	

住　居　の　状　況	
□　自　宅（一戸建て・マンション等）　□　借　家　□　アパート等 □　その他（　　）	
入浴に使用する部屋	階建ての建物の　　階

※担当者記載事項