

*こちらの面もご記入ください

現在の状況

<p>本人の状況</p> <p>(最近の様子をご記入ください。区分変更申請の場合は、悪化・改善の状況をご記入ください。)</p>	<p>現在どちらにいらっしゃいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> 入院・入所(施設名 _____、病室等 _____ 号室)</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅</p> <p>住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>居宅様方氏名 _____ (_____)</p> <p>現在の様子等</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>現在使用中のサービス</p> <p>または</p> <p>今後利用希望のサービス</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問介護 利用曜日(_____) 利用時間(_____ ~ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 利用曜日(_____) 利用時間(_____ ~ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> デイサービス 利用曜日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> デイケア 利用曜日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> ショートステイ 利用日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具(_____) <input type="checkbox"/> 住宅改修(_____)</p>
<p>認定結果等送付先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 表面申請者住所</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>名前 _____</p>