別記様式第1号(第6条関係)

重度身体障害者訪問入浴サービス事業登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　栗東市福祉事務所長　様  申請者　住所  氏名　　　　　　　　　　印  対象者との続柄  TEL  　重度身体障害者訪問入浴サービスを受けたいので、次のとおり申請します。  　なお、利用者負担金の額の決定のため、私の所得税及び市県民税に関する課税台帳等を栗東市職員が閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 年齢 | |  | | | 男・女 | |
| 身体障害者手帳及び障害名 | 県第　　　　　号　第　　種　　　級 | | | | | | | | | | | |
| 介護者氏名 |  | | | | | 年齢 | | |  | | 続柄 |  |
| 介護者住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 通院先 |  | | | | | 主治医名 | | | |  | | |
| 世帯構成 | 氏名 | | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | 就労の有無 | | | | 備考 | |
|  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
| 利用希望事業者 | | |  | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | |  | | | | | | | | | | |

記名押印に代えて、署名することができます。

添付書類　1　誓約書　2　日常生活活動能力調査票　3　健康診断書

様式第２号（第６条関係）

栗東市身体障害者訪問入浴サービス事業誓約書

栗東市身体障害者訪問入浴サービス事業の利用に際しては、係員の指示に従います。また、訪問入浴サービス中に生じた一切の事故等について、市に対して、その責任を問わないことを誓約します。

栗東市福祉事務所長 様

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | ㊞ |
| 家族又は扶養義務者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | ㊞ |

様式第3号(第6条関係)

日常生活動作調査票

記入者名

記入年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 男・女 | | | 年　　月　　日生 | | | | | |
| 障害名 | 第　　　　種　　　　級 | | | | | | | | |
| 身体等の状況 | 視力 | 1　普通に見える　2　ぼんやり見える　3　全く見えない | 睡眠 | | | | 1　よく眠れる　2　あまり眠れない　3　全く眠れない | | |
| 聴力 | 1　普通に聞こえる　2　大声で聞こえる　3　耳元で大声をださないと聞こえない　4　全く聞こえない | | | | | | | |
| 言語 | 1　普通　2　ききとりにくい　3　ききとれない　4　しゃべれない | | | | | | | |
| アレルギー | 無・有(薬・食べ物　　　　) | | | | 褥創 | | | 無・有(　　　　　) |
| 理解 | 1　特に問題がない　2　日常の簡単なことは理解可能　3　理解することが難しい | | | | | | | |
| 日常生活動作 | 全面的動作 | 1　普通に外出できる　2　家の中なら動ける　3　起きられるがあまり動けない　4　寝たきりあるいはほとんど寝たきり | | | | | | | |
| 移動 | 1　自立歩行　2　杖歩行　3　車椅子移動(介助も含む)　4　室内移動ははう　5　ねたきり | | | | | | | |
| 立位 | 1　自立　2　物につかまって  3　介助により　5　できない | | | 起坐 | | | 1　自立　2　物につかまって  3　介助により　4　できない | |
| ねがえり | 1　自立　2　物につかまって　3　軽く介助により　4　ほとんど介助により　5　できない | | | | | | | |
| 着脱衣 | 1　自立　2　着やすい服であればできる　3　介助があればできる  4　できない | | | | | | | |
| 食事 | 1　自立　2　一部介助　3　全介助  　(ア)　はし　(イ)　スプーン　(ウ)　経管栄養　(エ)　胃ろう | | | | | | | |
| 入浴 | 1　自立　2　介助器具により可　3　やや介助必要　4　ほとんど介助必要　5　できない　6　シャワー浴　7　清拭 | | | | | | | |
| 排泄 | 1　自立　2　一部介助　3　全介助  　(ア)トイレ(イ)ポータブル(ウ)紙おむつ(エ)尿瓶(オ)カテーテル | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | |
| その他の特別事項 | |  | | | | | | | |

様式第4号(第6条関係)

健康診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | 男・女 | 年　　月　　日(　　歳) | |
| 住所 | | TEL | | | | | | |
| 感染症 | Wa　(ガラス板法)＋－　(TPHA法)＋－ | | | | | | | Hbe抗原　　＋　　－ |
| Hbs抗原　　　　　　＋　　　　－ | | | | | | | Hbc抗原　　＋　　－ |
| 結核性疾患 | | | 無有　(　　　　年発病)　胸部X－P　異常(無有) | | | | |
| その他の感染性疾患(必要があればMRSA、疥癬を記入してください。) | | | | | | | |
| 血圧 | 最高  最低 | | | | 参考図示 | | | |
|  | | | |
| 現病歴 | | | | |
| 既往歴 | | | | |
| 入浴の可否 | | | 可・否  ※必ず記入してください。 | | 何か参考事項ありましたら、記入をお願いします。 | | | |
| 上記のとおり診断します。  年　　月　　日  医療機関の住所  医療機関名  主治医氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |