

徳島大学 AWA サポートセンター「介助支援制度」申請書

申請日 平成29年 月 日

申請者

氏名(フリガナ)	
所属	
役職	
E-MAIL	
携帯電話番号	

被介助者

氏名(フリガナ)	
続柄	

介助希望内容(記載できる範囲)

--

本サービスの提供は、徳島大学と特別法人契約を締結している(株)クラッシーが行います。  
利用前に、クラッシーコンシェルジュより電話により申請書類と個人カルテをもとにヒアリングを行います。また、必要に応じて事前訪問を実施します。  
なお、ヒアリングの内容によっては、申込みを受付けられない可能性もあります。  
予めご了承ください。

個人情報の取扱いについて

お預かりした個人情報は適切に管理し、次のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を第三者に開示いたしません。

- ・お客様の同意がある場合
- ・お客様が希望されるサービスを行なうために当社が業務を委託する業者に対して開示する場合
- ・法令に基づき開示することが必要である場合

## 調査票（介助サービス）

記入日： 年 月 日

お客様ID No. \_\_\_\_\_

担当コンシェルジェ： \_\_\_\_\_

お 名 前	フリガナ		身長	cm	平熱	℃
			体重	kg	血圧	/
生 年 月 日	西暦	年	月	日生（満	歳	ヶ月）
ご家族様のお名前						
ご 住 所	〒 TEL ( ) -					
メールアドレス						
緊 急 連 絡 先	本人との関係	連 絡 場 所		電 話 番 号		
				( )	-	
				( )	-	
ホームドクター	TEL ( ) -					
保 険 証 番 号						

健 康 状 態	既 往 症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	現在医院にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	いる場合、診療科は何ですか？	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	体 質	<input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> その他 ( )				
生 活 と 心 身 の 状 態 に つ い て	お体の不自由なところがありますか？ <input type="checkbox"/> 不自由なところは全くない <input type="checkbox"/> 多少不自由ではあるが、バスやタクシーを使って一人で外出ができる。					
	自分のして欲しいこと、して欲しくないことは、きちんと伝えられますか？ <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられる <input type="checkbox"/> あまり伝えられない <input type="checkbox"/> 全く伝えられない					
	食事は自分で食べられますか？ <input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助すれば食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない					
	利き腕はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左					
介 護 保 険	介護認定を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	いるの場合	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	介護保険で今ご利用になっているサービスは何ですか？					
	<input type="checkbox"/> 医師が家庭訪問して診察している。 <input type="checkbox"/> 看護師が自宅を訪問している。 <input type="checkbox"/> リハビリの専門家が自宅を訪問している。 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）に通って、リハビリをしてもらっている。 <input type="checkbox"/> 病院（療養型床群）や老人保健施設に何日か泊まっている。 <input type="checkbox"/> 歯科医師が家庭訪問して診察している。 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士が家庭訪問して口の中の衛生について指導してくれる。 <input type="checkbox"/> 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてくれる。 <input type="checkbox"/> 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてくれる。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてくれる。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームなどに通い、通所介護（デイサービス）を受けている。 <input type="checkbox"/> 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をもらっている。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームに何日か泊まっている。					