

在宅生活支援に向けての確認表-3

この確認表は、ご本人様やご家族様が希望されるサービスや、ご心配ごとなどをおたずねし、関わる全ての人たちが理解を近しくして最大限のサポートをご提供するためのものです。

記入日	年 月 日	ご本人氏名	様
		記入者氏名	様 続柄 ()

在宅での療養にあたり、利用したいと考えているサービスを教えてください

訪問介護（ヘルパー）

何をしてもらいたいですか：

介護ベッド（マット含）

エアーマット

防水シート

車いす

歩行器

手すり

ポータブルトイレ

シャワーチェア

その他

在宅での療養にあたり、気にかかっていることやご希望があればご記入下さい

サービスの利用にあたり、して欲しくない事があれば教えて下さい

★訪問介護（ヘルパー）を利用する方のみ：急変時の連絡先について教えてください

家族-1 氏名： 携帯：

家族-2 氏名： 携帯：

家族-3 氏名： 携帯：

その他 ご希望やご不安などがありましたらご記入ください