

在宅要介護高齢者訪問理美容サービス事業意見書

氏名	要介護認定	障害者手帳
<b>対象者</b> <b>ふじみ野 太郎</b> 明・大(昭)13年 4月 1日生(79歳)	1 なし 2 要支援 ③ 要介護(3)	1 なし ② あり ( 1級 )
<b>住所</b> ふじみ野市 <b>福岡 1-1-1</b> 電話番号 (261) 2611		
<b>基準</b>	◎65歳以上の高齢者で要介護3以上。 ・特別障害者手当を受給している。 ◎常時要介護状態で6か月以上継続していること。	
<b>特記事項</b>	決定通知および理美容券は息子である一郎宛に送付してください。一郎住所(大井中央1-1-1)	
<b>臥床期間と原因</b>	6か月(臥床の始期 平成28年 10月 1日頃) (臥床の原因 病名等 脳梗塞による左半身不随のため)	
<b>生活及び身体状況</b>	妻である花子77歳と二人暮らしで、平成28年10月頃から脳梗塞により左半身不随となり臥床症状となる。	

サービスを利用する際の市又は業者への要望や注意事項を記載してください。

臥床状態になった原因の病名を具体的に記載してください。

臥床状態になるまでの経緯や、今現在の生活状況及び世帯状況を記載してください。

上記の生活及び身体状況により、在宅要介護高齢者等訪問理美容サービス等の支援の必要性は、次のとおりです。

在宅要介護高齢者等訪問理美容サービスの支援の必要 あり ・なし

29年 4月 3日

所属 高齢者あんしん相談センター

氏名 ふじみ野 二郎

電話番号 261-0000