

訪問フットケア 申し込み書

お名前() 性別 (男 ・ 女) 年齢()
生年月日()
ご住所(ご自宅・施設)
電話番号()

ご希望の訪問日時を第3希望までご記入下さい。火曜日・土曜日以外でお願いいたします。

第1希望 月 日 午前・午後 時
第2希望 月 日 午前・午後 時
第3希望 月 日 午前・午後 時

訪問時に使用できる駐車場所がありますか？

施設に有る・自宅内に有る・マンション敷地内にある・近所に有料駐車場がある・ない

要介護度 なし ・ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認知症 無 ・ 有 (重度 ・ 中度 ・ 軽度)

ご家族状況についておたずねします。

一人暮らし ・ 昼間のみ一人 ・ () と同居 ・ 日中も() が在宅

初回訪問時にご同席いただける方はどなたですか？

ご家族様(続柄) ・ 事業所様()
施設の職員様 ()

日常生活についてお尋ねします。

寝たきり ・ 車いす ・ 杖歩行 ・ 独歩
麻痺 無 ・ 有 ()

既往歴についてお尋ねします。

糖尿病 ・ 閉塞性動脈硬化症 ・ 下肢静脈瘤 ・ がん ・ リウマチ
その他 ()

服用中の薬剤

抗凝固剤・ステロイド・抗がん剤()
その他()

アレルギーはありますか？

食物 () 薬品 () その他()

お困りの足のトラブルはどのようなことですか？

爪が切れない・爪が厚い・爪の変形・巻き爪が痛い・靴が履けない・足が痛い
足が疲れる・むくみ・ウオノメ・タコ・カカトのヒビ割れ・その他()

爪白癬についておたずねします。

治療中 ・ 皮膚科で診断された ・ 主治医に言われた ・ 疑いがあるが受診していない
爪白癬はない

フットケアを利用するにあたってのご希望

見た目をきれいにしたい ・ 痛みを取りたい ・ むくみを改善したい ・ 歩きやすくしたい
靴がはけるようにしてほしい ・ 転倒を予防したい
ご自身や家族にできるホームケアを教えてください ・ ホームケア用品を販売してほしい

その他伝えたいことがありましたらご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

訪問フットケア あんだんて