

(平成 年 月 日)

東本郷地域ケアプラザデイサービスセンター 利用申込書

申込居宅支援事業所名

事業所連絡先

担当ケアマネージャー名

利用予定者基本情報							
フリガナ							
氏名							
住所	〒						
電話番号							
生年月日	明治	大正	昭和	申込時の年齢	歳		
	年 月 日			性別	男	女	
介護保険情報							
被保険者番号	()						
認定状況	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			
申込区分							
通所介護	介護予防通所介護			通所型独自サービス			
利用希望回数	週 回		利用希望日	月	火	水	木 金 土
身体状況他							
住まい	独居 夫婦のみ 同居(誰と)			車椅子利用(無・有)	入浴希望(無・有)		
日常生活自立度(寝たきり度) : 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				日常生活自立度(認知) : 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
問題行動 : 幻視・幻聴・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・徘徊・不潔行為・異色行動・その他()							
既往症(脳卒中・心疾患・高血圧・喘息・骨折(部位:) その他()							
かかりつけ医	病院			科	先生	電話:	
特記事項							

主介護者 連絡先	お名前		続柄	
	住所	〒		
	電話番号			
上記以外の 緊急連絡先	お名前		続柄	
	住所	〒		
	電話番号			

<通信欄>