

( 年 月 日 )

# 東本郷地域ケアプラザ通所介護 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     |      |             |       |  |
| 利用希望回数  | 週               | 回    | 利用希望日 | 月            | 火    | 水           | 木 金 土 |  |
| 身体状況・住宅環境など                                     |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| 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 ) |       |  |
| <small>住宅環境<br/>(段差やエレベーター・オートロックの有無など)</small> |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| 認知症状等:  |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| 既往症:  |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| 服薬情報:   |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| かかりつけ医  | 病院 科 先生 電話:     |      |       |              |      |             |       |  |
| 特記事項  |                 |      |       |              |      |             |       |  |
| 主介護者<br>連絡先                                     | お名前             |      |       |              |      |             | 続柄    |  |
|   | 住所              | 〒    |       |              |      |             |       |  |
|   | 電話番号            |      |       |              |      |             |       |  |
| 上記以外の<br>緊急連絡先                                  | お名前             |      |       |              |      |             | 続柄    |  |
|   | 住所              | 〒    |       |              |      |             |       |  |
|   | 電話番号            |      |       |              |      |             |       |  |
| <通信欄>   |                 |      |       |              |      |             |       |  |