

城東さくら苑リハビリセンター

通所介護・第1号通所事業(デイサービス) 利用申込書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
利用者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 満 歳
利用者住所	〒 ー	固定電話:	携帯電話:

主たる介護者	フリガナ		続柄	固定電話:
	氏名			携帯電話:
	住所	〒 ー		

利用者情報	かかりつけ医		主治医名	
	治療継続中の病名・内容等	① 年 月	② 年 月	
		③ 年 月	④ 年 月	
	移動方法	・自立歩行 ・手引き ・杖 ・手押し車 ・車椅子(自走・介助)		
	排泄方法	・自立 ・一部介助 ・全介助(布下着・パット・紙おむつ)		
	理解力	・可能 ・一部可能 ・困難 ()	発語	・可能 ・一部可能 ・困難 ()
	視力	・良好 ・困難あり ()	聴力	・良好 ・困難あり ()
	運動に関する注意事項	〔 〕 ・なし		
特記事項	※感染症疾患 無・有 ()			

介護保険情報	要介護状態区分	・要支援 1 2 ・事業対象者	負担割合	割 / 保護
		・要介護 1 2 3 4 5		
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M
居宅介護支援事業所	TEL: ー ー			
	ケアマネージャー氏名:			

体験利用	日時: 令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前の部
		<input type="checkbox"/> 午後の部
利用希望曜日と時間帯	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	
	<input type="checkbox"/> 午前の部: 9:00~12:30 <input type="checkbox"/> 午後の部: 13:30~17:00	
送迎時の連絡	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族	