

# 通所介護・予防通所介護（デイサービス）利用申込書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
利用者氏名		男・女	大・昭 年 月 日満 歳	
利用者住所	〒 -	電話 ( ) 携帯 ( )		
緊急連絡先① (主介護者)	フリガナ 氏名		利用者との続柄 ( )	
	〒 -	電話 ( ) 携帯 ( )		
緊急連絡先②	フリガナ 氏名		利用者との続柄 ( )	
	〒 -	電話 ( ) 携帯 ( )		
利用者の現在の生活の状況	在宅サービスの利用状況及び種類			
	現病歴・既往歴等 感染症 無・有 (病名 )			
	服薬の有無 有・無 : 朝・昼 お薬名 ( ) 尚、お薬情報の写しを添付頂けましたら幸いです。			
	かかりつけ医 主治医名 電話 ( )			
	移動	自立・一部介助 ( )・全介助 独歩・杖・手押し車・歩行器・車椅子 ( )	食形態	自立・一部介助 ( )・全介助 主食 (米飯・軟飯・おにぎり・全粥) 副食 (普通・キザミ大・キザミ中・キザミ小・ムース)
		自立・一部介助 ( )・全介助 布下着・パット・リハビリパンツ・おむつ 使用 ( )		アレルギー ( ) 治療食 ( )
	排泄	自立・一部介助 ( )・全介助 布下着・パット・リハビリパンツ・おむつ 使用 ( )	移乗	自立・一部介助 ( )・全介助
	更衣	自立・一部介助 ( )・全介助	意思疎通	理解力 可能・困難
	入浴	自立・一部介助 ( )・全介助 ( )		聴力 可能・困難 (補聴器 有・無) 視力 可能・困難 (眼鏡等 有・無)
			その他	( )
介護保険情報	要介護状態区分等	申請中 要支援 1・2 更新中 要介護 1・2・3・4・5		
	認定年月日	平成・令和 年 月 日		
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	居宅介護支援事業者名	TEL: ケアマネージャー氏名 ( )		
体験利用希望	希望しない・希望する ( 年 月 日 ( ) 入浴: 希望する・希望しない)			
利用希望曜日	月・火・水・木・金 ( 回/週)			
※健康保険証・介護保険証・介護保険負担割合証・老人医療受給者証・一部負担金相当額助成証明書 身体障害者手帳などをお持ちの方は、コピーを添付してください。				