

鶴見緑地病院 橋波リハビリセンター  
通所介護・第1号通所事業(デイサービス) 利用申込書

※ お名前は介護保険者証と同じ漢字をご記入ください

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	〒 - ※マンション・ハイツ名もご記入ください		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	〒 -				

利用者情報	かかりつけ医		主治医		電話番号	-	-		
	治療中の病名、	①		②					
	既往歴	③		④					
	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 ( )		聴力	・良好 ・困難 ( )				
	運動に関する注意事項	・特になし ・事項あり							
	特記事項								
	障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	※感染症疾患 有 ・ 無 ( )								

介護保険情報	要介護状態区分	要支援	1	2	事業対象者					
		要介護	1	2	3	4	5			
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
	介護保険負担割合証	1割			2割			3割		
居宅介護支援事業所	TEL - -									
	ケアマネージャー氏名 ( )									

体験利用	日時 : 年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	午前の部 10:00~11:30頃まで		
		<input type="checkbox"/>	午後の部 14:00~15:30頃まで		
送迎時の連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	家族同伴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

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		