

等々力の家デイホーム 利用申込書



HOUYUKAI

事業所番号（一般デイ）：1371202274

（一般デイ）

申込日：令和 年 月 日

支援事業所	事業所名	担当ケアマネジャー	様
	事業所番号	電話番号：	
	住所 東京都世田谷区	FAX：	

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明大昭	年	月	日	(歳)
	氏名	様	男女	電話番号：				
	住所							
	被保険者番号	介護度：要支援 1・2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中						
負担割合		1割 ・ 2割	保険有効期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日					

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

主治医	医療機関名	医師名
	住所	電話番号：

治療中の病気	
既往歴	

生活状況	独居・家族と同居・その他（ ）	家族構成図：
歩行	自立・見守り・要介助（使用器具：杖・シルバーカー・車椅子）	
排泄	自立・一部介助・全介助（ （使用下着：布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ）	
食事	自立・一部介助・全介助	
服薬	朝・昼・夕・就前・その他（ ）	
入浴	自立・一部介助・全介助（整容：自立・一部介助・全介助）	
座位	可・短時間可（ 時間程度）・不可	
会話	可・やや困難・困難（理由： ）	
感染症	なし・あり（疥癬・梅毒・MRSA・C型肝炎・B型肝炎・その他【 】）	特記事項：
アレルギー	なし・あり（ ）	
認知症状	なし ・ あり	1.記憶障害 2.幻覚・幻聴 3.独り言 4.徘徊 5.異食 6.暴言・暴力 7.収集癖 8.その他（ ）
	特記事項	

希望サービス	入浴サービス	要・不要	一般浴 / リフト浴	特記：
	食事サービス	要・不要	主食：米飯・おかゆ/副食：常食・一口大・粗きざみ・極刻み・ミキサー/禁食：なし・あり【 】	
	送迎サービス	要・不要	往復 ・ 片道	特記：

ご本人・ご家族の意向（デイサービス希望理由）

開始希望日： 月 日（ ）	希望曜日：月 火 水 木 金 土 / 週 回
---------------	------------------------

サービス利用前訪問予定日：平成 年 月 日 / 担当者：

上記の件受付いたしました 平成 年 月 日（ ）	責任者確認欄	受付担当者名
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送		