

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	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 令和 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				