



霧が丘地域ケアプラザデイサービス 利用申込書

事業所番号：

申込日：平成 年 月 日

支援事業所	事業所名	担当ケアマネジャー
	事業所番号	電話番号：
	住所	F A X：

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明 大 昭	年	月	日(歳)	
	氏名	男 女	電話番号:					
	住所							
	被保険者番号	介護度：事業対象者 / 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【 】)	
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・粗刻み・極刻み・やわらか/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 () 受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送	責任者確認欄	受付担当者名	霧が丘地域ケアプラザデイサービス 〒226-0016 神奈川県横浜市緑区霧が丘3-23 TEL：045-920-2020 FAX：045-920-2021
---	--------	--------	---