



社会福祉法人 奉優会

奉優デイサービス 川崎有馬 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	担当マネージャー
	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 緊 急	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：)	特記事項：
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()	責任者確認欄	受付担当者名	奉優デイサービス 川崎有馬 〒216-0002 川崎市宮前区東有馬3-19-8 MSビル2階 TEL：044-874-2603 FAX：044-874-2604 担当(古林)
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送			