

通所介護サービス(介護予防通所介護サービス)利用申込書

申込日： 年 月 日

申込者	フリガナ 氏名				続柄	
	住所・連絡先	〒 - TEL(自宅) TEL(携帯)				
ご利用者	フリガナ 氏名				性別	男・女
	住所・連絡先	〒 - TEL(自宅) TEL(携帯)				
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	年齢		
	居住状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と暮らしている <input type="checkbox"/> () と暮らしている <input type="checkbox"/> 一戸建て(段差 あり/なし) <input type="checkbox"/> 集合住宅(エレベーター あり/なし)				
		送迎時のサポート	<input type="checkbox"/> 家族が協力できる <input type="checkbox"/> ヘルパーが対応 <input type="checkbox"/> 本人のみ			
介護保険・公費・身体状況	被保険者番号:	要介護度	申請中・要支援1, 2・要介護 1・2・3・4・5			
	認定期間:	年 月 日～	年 月 日	認定日	年 月 日	
	生活保護:	有・無	障がい者手帳:	有 (種 級) ・ 無		
	介護支援専門員	担当者名:	事業所名:	連絡先:		
	健康状況	【既往・現病歴・服薬等】				
	主治医	氏名:	病院名:	連絡先:		
	認知症	有・無	問題行動:	有 () ・ 無		
	感染症	有・無	MRSA・肝炎(A・B・C型)・緑膿菌・その他()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他()				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他(杖・シルバーカー・車椅子)				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他()				
希望サービス	<input type="checkbox"/> レクリエーション	希望利用日	日・月・火・水・木・金・いつでも			
	<input type="checkbox"/> 機能訓練	希望回数	週 回			
	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 送迎	希望開始日	年 月 日			
緊急連絡先	氏名				続柄	
	住所	〒 - TEL(自宅) TEL(携帯)				
【特記事項】						