

中野すみれ苑 (予防)デイクアセンター 申込書

TEL:03-6382-6360 FAX:03-6382-6512

申込日: 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
氏名	様	男・女	M・T・S	年 月 日(歳)
住所	〒 ※ 戸建て ・マンション(集合住宅) 階 エレベーター 有 ・ 無			
電話番号				

《介護保険情報》

要介護区分	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(区変)	保険者:	負担割合
被保険者番号	認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	認定日: 年 月 日	割
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

《ご本人様の状態・ご利用希望》

治療中の病気 既往歴	・ (年 月 日) ・ (年 月 日) ・ (年 月 日) ・ (年 月 日) ・ (年 月 日) ・ (年 月 日)
ADL	意思疎通 : 良好 困難 (認知症有 失語症有 その他:)
	食事 : 自立 介助 食事形態: 常食 その他() 禁食・アレルギー()
	排泄 : 自立 見守り 一部介助 全介助 リハパン: 有 無 オムツ: 有 無
	移動 : 歩行 (自立 見守り 介助) 歩行補助具() 車いす
	送迎時車いす乗車: 有 無 その他:
希望曜日・回数	月 火 水 木 金 希望無 (回/週) 利用時間 (1日・午前・昼過ぎ・午後)
利用動機	
主治医	医療機関名: (通院・往診) 主治医名:
	住所: 電話番号:
診療情報提供書	発行医療機関名: 同上 その他()
	発行予定日: 月 日頃

《キーパーソン》

フリガナ		性別	続柄	電話番号
氏名	様	男・女		携帯番号
住所				

《ご担当介護支援専門員様》

事業所名		事業所番号	
氏名	様	電話番号	
		FAX番号	
住所		サービス担当者会議 希望日	

★ご記入ありがとうございました。ご不明点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。