

通所介護利用申込書

平成 年 月 日

行田市前谷922-1
あすかデイサービスセンター
☎048-555-3133

ご利用者	フリガナ	生年月日					
	氏名	明・大・昭 年 月 日生まれ (歳)					
	住所〒	電話番号(自宅)					
		- -					
ご家族連絡先	氏名	ご家族(自宅)					
	続柄()	- -					
	住所〒	ご家族(携帯)					
		- -					
介護保険被保険者番号							
要介護度	要支援 2	要介護 1	2	3	4	5	
認定の有効期間		H 月 日 から H 月 日					
かかりつけの医療機関		(医療機関名) (担当医) TEL - -					
現病・既往歴など							
現在の状況							
視力	【左・右】【支障あり・なし】						
聴力	【左・右】【支障あり・なし】						
言語	【可・少し不自由・不自由・不可】			【構音障害・失語症】			
話の理解	【可・なんとか可・不可】						
認知症	【重度・中等度・軽度・なし】						
高次脳機能	【失認・失行】						
義歯	【上のみ・下のみ・全・なし】						
睡眠	【良好・普通・不良】			眠剤【有・無】			
麻痺	【有・無】						
拘縮	【有・無】						
移動	室内:	【自立・一部介助・全介助】					
	屋外:	【自立・一部介助・全介助】					
食事	【自立・一部介助・全介助】						
トイレ	【自立・一部介助・全介助】						
感染症	【有・無】						
その他・特記事項等							
利用希望曜日	日	月	火	水	木	金	土
希望の曜日に ○をお願いし ます	第1希望						
	第2希望						
送迎希望	希望する ・ 利用者側で通所できる						
その他要望等							
居宅介護支援事業所又は 地域包括支援センター						TEL:	- -
担当者						FAX:	- -