

サービス利用申込書

株式会社レオパレス21		申し込み日 平成 年 月 日			
あずみ苑行田 【デイサービス】		事業所名	担当者		
TEL	048-564-4165	住所			
FAX	048-564-4166	TEL	FAX		
利用者	フリガナ				
	氏名	(男 ・ 女)			
	生年月日	大 ・ 昭 年 月 日	(歳)		
	現住所	〒 TEL			
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中				
連絡先 (家族等)	氏名	性別	年齢	続柄	住所
					TEL
					TEL
					TEL
利用希望曜日		利用開始希望日	月 日 から		
送迎	迎え	希望する (車椅子乗車限定 ・ 通常車可能)			希望しない
	送り	希望する (車椅子乗車限定 ・ 通常車可能)			希望しない
入浴	希望する			希望しない	
ADL	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	内容	主食 (常食 ・ 粥) 副食 (常食 ・ 刻み ・ ミキサー)			
	アレルギー	無 有 ()			
	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	補助具	無 有 (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)			
	排泄①	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	排泄②	無 有 (リハビリパンツ ・ 尿取りパット ・ フラットオムツ)			
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	麻痺	無 有 ()			
	認知症	無 有 ()			
	周辺症状	無 有 ()			
既往歴					
主治医	①	病院	科	担当医	
	②	病院	科	担当医	

※ご希望のご連絡先・時間帯などございましたら下記へご記入ください。

--