

通所介護 利用申込書

デイサービスセンター万葉苑 管理者 殿

利用を希望するので、下記の通り申し込みます。

申込日		年 月 日	受付番号	(※施設使用欄)		
利用者希望者	フリガナ			男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和	
	氏名				年 月 日 (歳)	
	住所	郵便番号(〒 -)				
	電話番号	() -				
	介護認定	申請 (更新 ・ 変更) 中 ・ 済	被保険者番号			
	介護認定区分	事業対象者 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
	介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
申込者	フリガナ			利用希望者 との 続柄		
	氏名					
	住所	郵便番号(〒 -)				
	電話番号	() -	携帯番号	- -		
	※上記の申込者の連絡先以外に職場等の他の連絡先がある方のみ、下記にご記入下さい。					
	連絡先名					
	連絡先電話番号	() -	連絡先携帯番号	- -		
居宅介護支援事業者				担当者名		

【利用希望者の状況】

<input type="checkbox"/> 自宅でひとり暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 暴言、暴力、異食行為、火の後始末、妄想等の問題行動が (ある ・ 少しある ・ ない) 問題行動が ある 又は 少しある に○をした場合、具体的な症状等をご記入下さい。 ()

【医療の状況】

特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名： 病院名：
--

【利用内容】

通所介護 サービス	利用開始希望日	年 月 日
	利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
	施設の送迎	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望 (行き ・ 帰り)
	一時間程度の車の移動に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【同意欄】

・利用希望者の状態把握のため、居宅介護支援事業者又は通院・入院先の病院等から 身体状況や健康状態等の情報を得ることに同意します。	
年 月 日	氏名 印

施設 記入	担当者名	職種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備考		