

想愛戸板デイサービス 利用申込書



想愛戸板デイサービス 管理者 殿

申込者 住 所 〒

氏 名	続柄
電話番号	携帯電話

下記の通り、想愛戸板デイサービスの利用申込致します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
利用希望者氏名			大正・昭和 年 月 日 歳
住 所	〒		電話番号
上記以外の連絡先	氏名	続柄	電話番号
	〒		携帯番号
現在担当ケアマネジャー	事業所名		担当者
本人の現在の状況 (いづれかに○を付けてください)	① 自宅にいる :		独り暮らし 家族と同居
	②施設や病院にいる :		施設・病院名 ()
	入所・入院期間 :		平成 年 月 日 ~
日常生活状況 (該当項目に○を付けてください)			
移 動	自立 一部介助 全介助	自立 杖歩行 歩行器 シルバーカー 車いす	
排 泄	自立 一部介助 全介助	布パンツ パッド リハビリパンツ オムツ	
食 事	自立 一部介助 全介助	主食(常飯 軟飯 お粥 ミキサー)	
	箸 スプーン フォーク	副食(常菜 軟菜 きざみ ミキサー)	
入 浴	自立 一部介助 全介助	一般浴 機械浴 (座位 ・ 臥床)	
認知症	脳血管性 老人性 アルツハイマー	その他 ()	
	【症状】 物忘れ 徘徊 介護抵抗 暴言・暴行 妄想		
	幻視・幻聴 不潔行為 火の不始末 その他 ()		
病 歴			
医療依存度	IVH ・ ポート / 胃 ・ 腸ろう / インスリン / 人工肛門 / 尿道バルーン / 膀胱瘻 / 吸痰		
	その他		
かかりつけ医			
介護上困っていること			

※利用申し込みの際は介護保険証の写しを一緒に提出してください。

施設関係者記入欄			
利用申込書	確認日	/	確認者
介護保険証	確認日	/	確認者
認定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	要介護	