

サンケア戸板デイサービス 利用申込書



サンケア戸板デイサービス 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、サンケア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
現在担当ケアマネージャー	事業所名		担当者	
本人の現在の状況 (いずれかに○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