

# 通所介護(利用・見学・体験)申込書

ライフデザインきらり 宛  
FAX:048-258-6555

TEL:048-254-7733

申込日 平成 年 月 日

下記のとおり、通所介護の( 利用 ・ 見学 ・ 体験 )を申し込みます。

申込者	□居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー: _____)			
	事業所名	_____	事業所番号	_____
	所在地	〒 _____		
	電話番号	( _____ )	FAX番号	( _____ )
	□本人 □家族(利用者との続柄: _____) □その他( _____ )			


利用される方	フリガナ	_____	生年月日	_____
	氏名	( 男 ・ 女 ) _____	明治・大正・昭和	年 月 日 ( 歳 )
	住所	〒 _____	TEL:	( _____ )

連絡先(緊急時)			
氏名		(続柄)	TEL: ( _____ )
被保険者番号	_____	保険者	市 生活保護 有 ・ 無
要介護状態区分	□ 要支援 □ 要介護 □ 申請中		要介護認定の有効期間
	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5	_____	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

通所介護サービス	利用開始希望日	平成 年 月 日 ( _____ )
	利用希望曜日	月 火 水 木 金
	施設の送迎	□ 不要 □ 希望( 行き ・ 帰り )
	1時間程度の車の移動に支障	□ 有 □ 無
	入浴希望	□有(一般浴 ・ 機械浴 ) □無

利用者の状況をわかる範囲でご記入願います。	
移動について	□自立 □一部介助 □全介助 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器歩行 ・ 車椅子 ・ その他( _____ )
食事について	□自立 □一部介助 □全介助 ( 胃ろう ・ 経管栄養 ) 主食: 常食 ・ 軟飯 ・ 粥 副食: 常菜 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ミキサー
排泄について	□自立 □一部介助 □全介助 パット使用(常時・夜間) リハビリパンツ使用(常時・夜間) オムツ使用(常時・夜間)
認知症について	□有 ( _____ ) □無
感染症について	□有 ( _____ ) □無

その他連絡事項がございましたらご記入ください

弊社記入欄	受付日	担当者	管理者	生活相談員	備考
	_____	_____	_____	_____	_____