

通所介護(利用・見学)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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のとおり、通所介護の(利用 ・ 見学)を申し込みます。

申込者	<input type="checkbox"/> 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	(_____)	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(利用者との続柄: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				

利用される方	フリガナ _____	生年月日 _____
	氏名 (男 ・ 女) _____	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	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		要介護認定の有効期間	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		年 _____ 月 _____ 日 ~ 年 _____ 月 _____ 日	

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 _____		
	見学時の送迎	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望(行き・帰り) 付き添い <input type="checkbox"/> 有(人) <input type="checkbox"/> 無		
	1時間程度の車の移動に支障	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	入浴希望	<input type="checkbox"/> 有(一般浴 ・ 機械浴) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無
感染症について	<input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 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

