

【申し込みFAX】

03-6379-0428

デイサービスセンター 梅ヶ丘（介護予防・認知症対応型通所介護） 利用申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	T・S	年	月	日(歳)
利用者氏名							
住所	(アパート名マンション名までご記入下さい)						
キーパーソン	(氏名) 【続柄: 】	居住地 同居・別居	連絡先電話番号				

<介護保険情報>

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	<生活保護受給者>	<input type="checkbox"/>
被保険者番号		負担割合	1割・2割・3割
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症性老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

<利用希望>

利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土	利用希望回数	: 週 回
サービス内容	送迎希望	有・無	他介護保険サービス利用状況
	送迎時 車椅子対応希望	有・無	
	ステップ乗車	可・不可	
本人・家族希望(又は困っていること)			

<医療情報>

かかりつけ医療機関		主治医		
主病名	・アルツハイマー型認知症 ・前頭側頭型認知症	・レビー小体型認知症 ・その他()	・脳血管性認知症	
既往歴	(年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～)	現在治療中の病気	(年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～) (年 月～)	
服 薬		あり	なし	
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし・あり	在宅酸素	なし・あり
	経管栄養	なし・あり	褥瘡	なし・あり
	ストマ	なし・あり	バルンカテーテル	なし・あり
感染症	検査未実施	なし・あり	(HB・HCV・結核等感染症)	

担当ケアマネージャー名		TEL	
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		FAX	