

利用申込書

平成 年 月 日

居宅事業所：
(事業所番号：)

担当CM：
電話番号： ()

様

フリガナ			生年月日	明大昭	年 月 日	(歳)
ご利用者名	様					
住所	〒				性別	男・女
	電話番号					
介護保険	保険者番号	被保険者番号				
	介護度	1 2 3 4 5	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
連絡先	主介護者	様	属柄	緊急連絡先		
	住所	〒				
	第2連絡先	様	属柄	緊急連絡先		
	住所	〒				
	主治医名	(科) 先生	医療機関名			
	電話番号					
	主治医名	(科) 先生	医療機関名			
電話番号						

ADL	歩行状態	自立	一部介助	全介助	手引き・杖・シルバーカー・歩行具・車椅子・その他()	
	立位状態	自立・何かにつかまる・一部介助・全介助				
排泄	排泄状態	自立	一部介助	全介助	パット・紙パンツ・オムツ・その他()	
	備考	頻尿・無尿・普通 普通・便秘・下痢・その他()				
	備考					
入浴	入浴	自立	一部介助	全介助	福祉用具使用()	
	更衣	自立	一部介助	全介助	貼り薬・塗り薬 有・無し	
	備考					
整容	自立	一部介助	全介助			
食事	食事形態	自立	一部介助	全介助	箸・スプーン・フォーク・補助具(エプロン・マット・)	
	備考	常食	刻み()	ミキサー	禁食	有()・無し
	備考					
薬	朝・昼・晩		食前・食後		目薬・その他()	
認知症状	有り(型)・無し		周辺症状			
特記事項						

病歴	年 月	備考				
	年 月					
	年 月					
	年 月					

家族構成	生活状況	公費・独居	持ち家・賃貸	一軒家・集合住宅
	ヘルパー			
	その他	医療費控除有り()		

ご利用日	月・火・水・木・金・土・日・希望なし	週 回希望	夜間利用予定 有・無
ご利用開始日	平成 年 月 日()~	送迎時希望有り	朝: 時 夕: 時
備考			

※わかる範囲内でのご記載をお願いします。

デイサービス福寿 竹ノ塚

足立区伊興4-4-13

電話: 0120-81-2910

電話: 03-5647-2910

Fax: **03-3856-2910**

こちらから各種申込書はダウンロードできます。 http://day-service.jp/?page_id=333