

## あすかデイサービス（通所介護）利用申込書

あすかデイサービス 施設長 あて

平成 年 月 日

利用者	ふりがな	男	生年月日								
	氏名	女	明・大・昭		年	月	日	歳			
	住所 〒 _____										
	_____ 県			_____ 市・郡				_____ 町			
	電話 ( _____ )										
介護保険被保険者番号											
要介護状態区分			要支援 ( 1・2 )				要介護 ( 1・2・3・4・5 )				
認定の有効期間			年	月	日	から	年	月	日	まで	
連絡先（緊急時）	氏名										続柄
	住所										
	電話 自宅 ( _____ )					勤務先等					
現在の状況			1 在宅で生活中				病名				
			2 入院中 ( _____ 月 _____ 日退院予定)				服薬名				
			医療機関名								
希望利用日			週 回 【 月 火 水 木 金 土 】								
入浴希望			有・無			送迎希望			有・無		
本人の状況（該当するものを○で囲んでください）											
移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助											
独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他 ( _____ )											
食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ( 胃ろう ・ 経管栄養 )											
主食 ( 常食 ・ 粥 ) 副食 ( 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー )											
排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助											
ポータブル ・ おむつ使用 ( 常時・夜間のみ ) ・ バルーンカテーテル											
認知症： 有 ・ 無											
問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他 ( _____ )											
感染症： 有 ・ 無											
施設への希望						施設処理欄					

居宅介護支援事業所名

ケアマネージャー

注；利用者様の状況が分かる情報提供書を添付して下さい。