

# 利用申込用紙(介護)

デイリハセンター 焔 淵野辺

氏名			年齢	才	生年月日	M T S	年	月	日
住所									
TEL			携帯				希望曜日		
送迎	有 ・ 無	送迎車タイプ	普通型	ステップ付	リフト使用				
緊急時連絡先				続柄		TEL			
主疾患名									
現病歴									
既往歴									
かかりつけ医			主治医				TEL		
内服薬	(デイでの内服 有 無) (自己管理 可 不可)								
身体能力レベル	移動: 車椅子 歩行器 4点杖 T字杖 ロフ杖 独歩 食事: 自力摂取 見守り・声かけ程度 要介助 その他( ) 排泄: 自立 定時の声かけ パット交換 バルン その他( )								
生活暦									
視覚		聴覚		言語		入浴希望	有	無	
公費負担者No.					受給者No.				
要介護度			有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			
介護認定日	年	月	日	被保番	.....	.....	.....	.....	.....
支援事業所名			事業所No.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
担当CM			TEL	( )	-	FAX	( )	-	