

# 利用申込用紙(介護予防)

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						
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	( )	-		