

# 利用申込用紙(介護予防)

デイリハ煌 ワカマツ

|           |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
|-----------|---|----|--------|---------|------|-------|--|-------|---|--|
| 氏名        |   |    | 年齢     | 才       | 生年月日 | M T S | 年  | 月     | 日 |  |
| 住所        |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| TEL       |   |    | 携帯     |         |      |       | 送迎   | 有 ・ 無 |   |  |
| 緊急時連絡先    |   |    |        | 続柄      |      |       | TEL  |       |   |  |
| ウィークリープラン | 月   | 火  | 水      | 木       | 金    | 土     | ※利用希望の箇所には○を記入し<br>それ以外には現在のサービス利用<br>状況のご記入をお願いします。 |       |   |  |
|           | AM  | AM | AM     | AM      | AM   | AM    |  |       |   |  |
|           |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
|           | PM  | PM | PM     | PM      | PM   | PM    |  |       |   |  |
| 主疾患名      |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| 現病歴       |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| 既往歴       |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| かかりつけ医    |   |    | 担当     | 科       |      | Dr    | TEL  |       |   |  |
| 身体能力レベル   | 移動: 歩行器 4点杖 T字杖 ロフ杖 独歩<br>排泄: 自立 パット交換 バルン その他( ) |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| 生活暦       |   |    |        |         |      |       |  |       |   |  |
| 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     | ●    | ●     | ●  | ●     | ● |  |
| 担当事業所名    |   |    | 事業所No. | ●       | ●    | ●     | ●  | ●     | ● |  |
| 担当CM      |   |    | TEL    | ( )     | -    | FAX   | ( )  | -     |   |  |

お手数ですがよろしくお願ひいたします。