

## 【申し込みFAX】

03-6379-0428

**デイサービスセンター 梅ヶ丘（介護予防・認知症対応型通所介護）  
利用申込書**

申込日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名		男・女	生年月日	T・S 年 月 日( 歳)
住所	(アパート名マンション名までご記入下さい)			
キーパーソン (氏名)	居住地	連絡先電話番号		
	同居・別居			

## &lt;介護保険情報&gt;

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	<生活保護受給者> <input type="checkbox"/>		
被保険者番号		負担割合 1割・2割・3割		
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～	年 月 日
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症性老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

## &lt;利用希望&gt;

利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土	利用希望回数	: 週 回
サービス内容	送迎希望	有・無	他介護保険サービス利用状況
	送迎時 車椅子対応希望	有・無	
	ステップ乗車	可・不可	
本人・家族希望(又は困っていること)			

## &lt;医療情報&gt;

かかりつけ医療機関		主治医		
主病名	・アルツハイマー型認知症      ・レビー小体型認知症      ・脳血管性認知症 ・前頭側頭型認知症      ・その他( )			
既往歴	現在治療中の病気			
	( 年 月～)		( 年 月～)	
	( 年 月～)		( 年 月～)	
	( 年 月～)		( 年 月～)	
	( 年 月～)		( 年 月～)	
	( 年 月～)		( 年 月～)	
服薬	あり	なし		
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし・あり	在宅酸素	なし・あり
	経管栄養	なし・あり	褥瘡	なし・あり
	ストマ	なし・あり	バルンカテーテル	なし・あり
感染症	検査未実施	なし・あり ( HB・HCV・結核等感染症 )		
担当ケアマネージャー名		TEL		
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		FAX		