

【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 令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------|-----------------------|-----|----------|---------|----------|
| フリガナ | | 性別 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| 利用者氏名 | | 男 | | | |
| 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 | 同居 | 連絡先電話番号 | |
| | | | 【続柄： 夫 】 | | |

<介護保険情報>

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

<利用希望>

| | | |
|--------------------|---|--|
| 利用希望日 | <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 | 利用希望回数:週 回 |
| サービス内容 | 送迎希望 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 送迎時 車椅子対応希望 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ステップ乗車 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 本人・家族希望(又は困っていること) | | |

<医療情報>

| | | | | |
|-----------|---|---|----------|---|
| かかりつけ医療機関 | | 主治医 | | |
| 主病名 | <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 既往歴 | (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) | | | |
| 現在治療中の病気 | (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) (年 月 ~) | | | |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 医療行為の必要性 | インシュリン注射 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 在宅酸素 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 経管栄養 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 褥瘡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | ストマ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | バルンカテーテル | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 検査未実施 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> HB ・ <input type="checkbox"/> HCV ・ <input type="checkbox"/> 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 | |