

寧幸会デイサービス利用申込書

申込日 平成 年 月 日

社会福祉法人 寧幸会 様

デイサービスを利用したいので下記のとおり申し込みます。

申込者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:)	<input type="checkbox"/> その他()
	氏名(または事業者名)			TEL: ()	
	FAX:				
	事業所番号		事業所担当者:		
利用者	(ふりがな)		性別	生年月日: 明 大 昭	
	氏名		男・女	年 月 日生(歳)	
	住所:〒			TEL: ()	
利用者代理人 (家族)	氏名 (続柄:)			TEL: ()	
	住所			携帯: ()	
被保険者番号			生活保護: 有・無		
要介護状態区分			要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)・申請中		
認定有効期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
利用希望施設			<input type="checkbox"/> 蕨デイサービスセンター <input type="checkbox"/> 塚越デイサービスセンターないとう		
通所介護サービス	利用開始希望日	平成 年 月 日			
	利用希望曜日	月 火 水 木 金 土 日 週 回			
	施設の送迎	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(家族等送迎)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 希望する(一般浴・リフト浴) <input type="checkbox"/> 希望しない			
日常生活の状況	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 全介助			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動用具	<input type="checkbox"/> 使わない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的内容)			
医療の状況	主治医氏名				
	病院名				
	病院電話番号				
	現在治療中の病気				
	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
家族構成			家族の介護状況・困っていること		
その他(要望等)					

* 該当するものに○で囲み、□にはレ点を記入してください。