寧幸会デイサービス利用申込書

申込日　　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	□居宅介護支援事業者	□本人	□家族（続柄　：　　）	□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） 氏　名		性　別 男・女	生年月日　：　明　大　昭 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	年　月　日 ～　年　月　日				
利用希望施設	□　蕨デイサービスセンター □　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	年　月　日			
	利用希望曜日	月　火　水　木　金　土　日	週　回		
	施設の送迎	□希望する	□希望しない（家族等送迎）		
	入　浴	□希望する（一般浴・リフト浴）	□希望しない		
日常生活の状況	立　位	□自立	□つかまればできる	□全介助	
	歩　行	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	移動用具	□使わない	□杖	□歩行器	□車椅子
	排　泄	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	食　事	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	入　浴	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	着脱衣	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
身体状況	視力	□普通	□弱視	□全盲	□眼鏡使用
	聴力	□普通	□やや難聴	□難聴	□補聴器使用
	会話	□普通	□少し不自由	□不自由	
	認知症	□無	□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	□無	□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）					

＊該当するものに〇で囲み、□にはレ点を記入してください。