

# デイサービスひかりの郷 利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	M・T・S	年	月	日	( 歳)	
申込利用者名			男・女							
ふりがな										
申込利用者連絡先	〒		電話番号:		( )					
	千葉県		市							
介護被保険者番号									要介護状態区分	
									支1・支2・1・2・3・4・5	
介護保険者番号									生活保護受給の有無	
									□あり □なし	
介護認定有効期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日
手帳の有無	身体・精神・療育		等級		交付年月日					
担当居宅事業所			連絡先	〒		電話番号		( )		
				住所:						
介護支援専門員			事業所番号							
主介護者	〒		電話番号:		( )					
			様(続柄:		)		住所:			
緊急連絡先	〒		電話番号:		( )					
			様(続柄:		)		住所:			
利用希望曜日	月・火・水・木・金・土		送迎) 有・無		入浴希望	無・有( 回)				
主治医			連絡先							
利用者既往歴					感染症の有無	無・有( )				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M									
理解及び記憶	・短期記憶 □問題なし □問題有り ・認知記憶 □自立 □多少困難 □要見守り □判断不可									
	・伝達能力 □伝達可 □多少困難 □具体的要求のみ □伝達不可 ・摂取能力 □自立 □一部介助 □全介助									
問題行動の有無	□無 □有 (□幻覚・幻想 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護拒否 □徘徊									
	□不潔行為 □異食行動 □性的問題 □火の不始末 □その他( ))									
身体状況	歩行 : 自立 ・ 介助歩行 ・ ( )点杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車いす(自走・介助) ・ その他( )									
	食事 : 通常 ・ 粥 ・ 重湯 ・ その他( ) 排泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助									
	オムツ類の使用 : 無 ・ 有( ) 入浴 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助									
備考欄										

**【担当介護支援専門員様】**

下記の情報もお手元にありました、一緒に送付の程宜しくお願い申し上げます。

・フェイスシート(受付情報等で構いません。)

・医療情報提供表等