

# 予 約 申 込 書



## 日介ケアセンター成田東

【認知症対応型通所介護】 連絡／お問合せ TEL 03-6383-6050／ FAX 03-6383-6051

事業所番号	1391500442
-------	------------

記入日： 年 月 日

ご担当支援	事業所名称		担当者名	
	事業所番号		電話番号	- -
	事業所住所		FAX番号	- -

利用者氏名	カガナ	性別	生年月日
		男・女	M・T・S 年 月 日 ( 歳)

利用者住所	〒 -	電話	- -
-------	-----	----	-----

連絡先氏名	カガナ	続柄	住所
			電話 - -

利 用 容	開始希望日	: 月 日 ( ) ~
	希望曜日	: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
	入浴希望	: 有 ・ 無 (特記 )
	送迎希望	: 有 ・ 無 (特記 )

ご利用者について	介護保険情報	要介護区分	<input type="checkbox"/> 更新中	介護保険被保険者番号	
			<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) 【介護予防】 <input type="checkbox"/> 要介護 ( )		
		認定日	年 月 日	期間	年 月 日から 年 月 日まで
	支払区分	<input type="checkbox"/> 1割負担			
		<input type="checkbox"/> 生活保護〔負担者番号: _____ ・ 受給者番号: _____〕 <input type="checkbox"/> 申請中			
		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕			
	【現病名】		【既往歴】		
	主治医	医療機関名	TEL	医師名	
	感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (杖が <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 車椅子を併用			
	移動時介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )			
	食 事	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟食 (ソフト食)		
		食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( )			
生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)					
認知症状の根拠となるもの 特記 (認知症周辺症状)					
〔 _____ 〕〔 _____ 〕					
※備考					

※ ご記入いただきました個人情報は適切に管理しデイサービス以外の目的では使用しません。