

予 約 申 込 書



日介ケアセンター西新井

【短時間デイサービス】連絡・お問合せ: TEL.03-5888-6341 / FAX.03-5845-3021

記入日:平成 年 月 日

ご担当 ケアマネ 情報	事業所名称		事業所番号	
	担当ケアマネ		事業所住所	
	電話番号	- -	FAX番号	- -

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

ご利用者 住所	〒 - (電話 - - )				
------------	---------------	--	--	--	--

ご連絡先	フリガナ	続柄	住所
			(電話 - - )

利用内容	希望曜日/時間帯:					
	<input type="checkbox"/> 月	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 火	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 水	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	<input type="checkbox"/> 木	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 金	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 土	{ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	入浴希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )					
開始希望日: 月 日( ) ~						
送迎希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )						

ご利用者 について	介護保険 情報	要介護 区分	<input type="checkbox"/> 新規申請中	<input type="checkbox"/> 更新中	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			医師名	
	移動はどうか?	<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				
	移動時介助が必要ですか?	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )				
	食事について	食事制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )			
		義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )			
排泄について	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 ( )					
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)						
主治医からの意見			運動にあたり注意すべき事項			
運動することについて <input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不可			高血圧・低血圧・脈拍・呼吸数・心疾患・呼吸器疾患 神経障害・骨(骨粗鬆症等)・内臓疾患(血糖値等) 発作・関節疾患・薬の副作用・関節可動域			
禁止動作 [ ]						
※備考欄(注意点等)						