

申 込 書



日介ケアセンター六町 (認知症対応型通所介護)

連絡/お問合せ : TEL 03-5831-6963/ FAX 03-5831-6965

事業所番号	
-------	--

平成 年 月 日

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 - -
サービス利用内容	希望曜日 : 月・火・水・木・金・土 開始希望日 : 月 日 () ~ 入浴希望 : 無・有 () 送迎希望 : 無・有 ()		

利用者様について	要介護区分	要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5・更新中・新規申請中	介護保険被保険者番号
	認定日・期間	認定日 年 月 日 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	認知症の確認	生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	判定日 年 月 日
		認知自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)	確認書類: 意見書・診療情報
	支払区分	①1割負担 ②生活保護 該当(負担者番号・受給者番号)・非該当・申請中	
		③介護保険負担限度額証 該当(第1段階・第2段階・第3段階)・非該当・申請中	
		④利用者負担額軽減確認証 あり(軽減率 %・確認番号)・なし	
	主病名	※認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・その他) ※感染症 無・有 ※屋薬 有・無 ※塗り薬 有・無 ※目薬 有・無	
	既往歴		
	主治医	医療機関名 住所	医師名 TEL - -
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 (杖・歩行器・車イス)	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ・ポータブル・オムツ・リハビリ・パット)	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴・機械浴)	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	嚥下: 可・困難 ()
	食事内容	常食・粥食・キザミ食・流動食	治療食: なし・あり
	生活自立度 (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)		
備考			

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