

申 込 書



日介ケアセンター島根

連絡/お問合せ : TEL 03-5831-3511 / FAX 03-5831-3510

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	フリガナ	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	フリガナ	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
	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	※認知症の診断 なし ・ あり(脳血管性 ・ アルツハイマー型 ・ その他) ※感染症 なし ・ あり()	
	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。