

『デイサービスセンターアリス甲子園』 利用申込書

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者
事業所名：
事業所番号：
住所：
TEL：
FAX：
ご担当：

通所介護 アリス甲子園
 TEL：0798-48-0772
 FAX：0798-48-0773

2016年4月更新版

利用希望者	フリガナ	性別	明治		年	月	日	生まれ	
	氏名	男・女	大正					歳	
	現住所 〒			昭和			(満)		
家族	フリガナ	続柄	電話番号						
	氏名								
被保険者番号									
利用サービス区分		介護予防 ・ 一般型 ・ 認知症対応型							
要介護度		要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 未定							
利用希望回数		回/週		月・火・水・木・金・土					
身体状況及び日常生活	今までにかかった主な病気等								
	年頃								
	年頃								
	年頃								
	現在治療中の有無		有 (病院名		診療科		科)		無
			(病院名		診療科		科)		
	食 事	自立	一部介助	全介助	経管栄養	主常・軟・粥	水分	とろみ	
						副・一口大・キザミ			
排 泄	自立	トイレ誘導	一部介助	全介助	オムツ	使っている			
					時々使う	使わない			
入 浴	自立	一部介助	全介助	リフト浴	備考				
				使う・使わない					
歩 行	自立	杖等の補助具を使用	シルバーカ	一歩行器を	歩けない	車椅子 有・無			
			使用	使用					
医療行為	有・無	経管栄養・在宅酸素・インスリン・吸引・褥瘡				感染症	有・無		
		処置・浣腸・その他()							
認知症	有・無	ご自宅で困っていること							

現在利用されている在宅介護サービスについてお知らせ下さい。

備考欄