癒しの里　西小松川デイサービスセンター
利用申込書

申込み日　平成　　年　　月　　日

申込み内容	相談　・　見学　・　利用　・　体験				
ご利用者情報	ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和　（　　）歳
	氏名				
	住所	(〒　　－　　)			
	連絡先	☎(　　)　　－			
介護保険証情報	保険者名		保険証番号		
	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 有効期間　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日				生活保護　有 ・無

ご家族		氏　名	続柄	住所（連絡先）
	1			TEL(　　)　　－
	2			TEL(　　)　　－

居宅介護支援事業所	TEL(　　)　　－ 事業者番号	担当ケアマネージャー	

身体状況	食事	自立　・　一部介助　・　全介助		
	食事内容	常食　・　制限食（　　）・　ソフト　・　ミキサー		
		形態	主）　ご飯 ・ 軟飯 ・ おかゆ	副）　常食　・　刻み
	排泄	自立　・　一部介助　・　全介助　・　オムツ使用（リハパン ・ パッド ・ オムツ）		
	入浴	自立　・　一部介助　・　全介助		
	移動	自立　・ 室内は自立　・ 一部介助（　　）・　全介助		
	意思疎通	問題ない　・　やや困難　・　かなり困難　・　できない		
	身障手帳	無　・　有（　　)級　障碍部位（　　）		
	現　病			
	既往歴			
	認知症の状態	1. 無　2. 有　（　　）		
かかりつけの病院	病院名	主治医	TEL(　　)　　－	
利用希望	月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土			
	入浴	希望する ・ 希望しない	送迎	希望する　・ 希望しない

特記すべき事項
※感染症の有・無