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　令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">申込み内容</td><td colspan="5">相談　・　見学　・　利用　・　体験</td></tr>
<tr><td rowspan="4">ご利用者情報</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">明治
大正　　年　　月　　日
昭和　　（　　）歳</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="5">☎（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険証情報</td><td colspan="2">保険者名</td><td colspan="4">保険証番号</td></tr>
<tr><td colspan="5">要支援（　１　・　２　）　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）
有効期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td><td>生活保護　有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ご家族</td><td colspan="2">氏　名</td><td>続柄</td><td colspan="3">住所（連絡先）</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td colspan="3">TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td colspan="3">TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>居宅介護支援事業所</td><td colspan="3">TEL（　　）　　－
事業者番号</td><td>担当ケアマネージャー</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="11">身体状況</td><td>食事</td><td colspan="6">自立　・　一部介助　・　全介助</td></tr>
<tr><td rowspan="2">食事内容</td><td colspan="6">常食　・　制限食（　　）・　ソフト　・　ミキサー</td></tr>
<tr><td>形態</td><td colspan="3">主）　ご飯　・　軟飯　・　おかゆ</td><td colspan="2">副）　常食　・　刻み</td></tr>
<tr><td>排泄</td><td colspan="6">自立　・　一部介助　・　全介助　・　オムツ使用（リハパン　・　パッド　・　オムツ）</td></tr>
<tr><td>入浴</td><td colspan="6">自立　・　一部介助　・　全介助</td></tr>
<tr><td>移動</td><td colspan="6">自立　・　室内は自立　・　一部介助（　　）・　全介助</td></tr>
<tr><td>意思疎通</td><td colspan="6">問題ない　・　やや困難　・　かなり困難　・　できない</td></tr>
<tr><td>身障手帳</td><td colspan="6">無　・　有（　　）級　　障碍部位（　　）</td></tr>
<tr><td>現　病</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症の状態</td><td colspan="5">1．無　2．有　（　　）</td></tr>
<tr><td>かかりつけの病院</td><td colspan="2">病院名</td><td colspan="2">主治医</td><td colspan="2">TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用希望</td><td colspan="6">月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土</td></tr>
<tr><td>入浴</td><td colspan="2">希望する　・　希望しない</td><td>送迎</td><td colspan="2">希望する　・　希望しない</td></tr>
</table>

特記すべき事項
※感染症の有・無