



事業所番号(一般デイ) :

申込日: 令和 年 月 日

支援事業所	事業所名	担当マネージャー
	事業所番号	電話番号:
	住所	FAX:

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明大昭	年	月	日(歳)	
	氏名	男女	電話番号:					
	住所							
	被保険者番号	介護度: 要支援 1・2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中						
負担割合 1割・2割・3割		保険有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

主治医	医療機関名	医師名
	住所	電話番号:

治療中の病気	
既往歴	

生活状況	独居・家族と同居・その他()	家族構成図:
歩行	自立・見守り・要介助(使用器具: 杖・シルバーカー・車椅子)	
排泄	自立・一部介助・全介助() (使用下着: 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ)	
食事	自立・一部介助・全介助	
服薬	朝・昼・夕・就前・その他()	
入浴	自立・一部介助・全介助(整容: 自立・一部介助・全介助)	
座位	可・短時間可(時間程度)・不可	
会話	可・やや困難・困難(理由:)	
感染症	なし・あり(疥癬・梅毒・MRSA・C型肝炎・B型肝炎・その他【 】)	特記事項:
アレルギー	なし・あり()	

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断日 年 月 日)
	(<input type="checkbox"/> アルツハイマー型・ <input type="checkbox"/> 血管性・ <input type="checkbox"/> レビー小体・ <input type="checkbox"/> その他)
誤嚥性肺炎発症歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(発症日 年 月 日)

希望サービス	入浴サービス	要・不要	一般浴 / リフト浴	特記:
	食事サービス	要・不要	主食: 米飯・おかゆ/副食: 常食・一口大・粗きざみ・極刻み・ミキサー/禁食: なし・あり【 】	
	送迎サービス	要・不要	往復・片道	特記:

ご本人・ご家族の意向(デイサービス希望理由)

開始希望日:	月 日 ()	希望曜日: 月 火 水 木 金 土 / 週 回
--------	---------	-------------------------

サービス利用前訪問予定日: 令和 年 月 日 / 担当者:	責任者確認欄	受付担当者名
〒174-0063 東京都板橋区前野町5-9-3 奉優デイサービスみどりの苑 TEL: 03-5994-5926 FAX: 03-5994-5929		