

平成デイサービスセンター都筑 利用申込書 兼 緊急連絡先 (申込書1)

利用申込日		令和	年	月	日()	利用形態	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所介護(予 防)		
ご利用希望者	フリガナ					生年月日	M・T・S	年 月 日		
	氏名					年 齢	歳	性別 男・女		
	住所	〒				電話番号				
	介護保険情報	被保険者番号					要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
		認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月
	介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割								
現在の生活場所	現在	自宅(独居・同居)・病院・施設・その他()								
	病院・施設名など	〒								
	電話番号									
ご希望のご利用日等	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土									
	週 回				入浴 ・ 個別機能訓練(リハビリ)					
申込者・緊急連絡先①	フリガナ					続柄				
	住所	〒				電話番号				
	身元引受人・支払責任者・緊急時連絡先1					携帯電話				
緊急連絡先②	フリガナ					続柄				
	住所	〒				電話番号				
	緊急時連絡先2					携帯電話				
主治医	フリガナ					所属医療機関				
	住所	〒				診療科	電話番号			
特記事項	*ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などをご記入ください。									
担当ケアマネ	事業所番号									
	事業所名									
	担当者名									
	電話番号					FAX				

別紙の情報提供書を添付してください。(同等の内容がわかる書類が別にある場合はそちらでも結構です)



右記までご返送ください。

平成デイサービスセンター都筑(ヴィラ都筑内)
〒224-0027 横浜市都筑区大柵町392-1
TEL045-593-2800 FAX045-593-3001

ADL等の情報提供表 (申込書2)

ふりがな			令和 年 月 日			
氏名	様	性別	男・女	介護度	要支援 (1 ・ 2)	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
現利用在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> その他 (住改)					
日常生活状況	1 移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	杖・歩行器・車椅子	
	2 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	米飯 ・ お粥 ・ ゼリー粥 ・ パン粥	
					常食・軟菜・ソフトS (刻み) ソフトE (ゼリー状)	
	3 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	布パンツ・紙パンツ・尿意 (有 無) ・ 便意 (有 無)	
	4 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	清拭・シャワー・介助浴・機械浴	
	5 衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	6 立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	7 意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可		
	8 聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障有り	<input type="checkbox"/> 補聴器		
9 視力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障有り	<input type="checkbox"/> 眼鏡			
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
性格	温厚 ・ 頑固 ・ 内向的 ・ 社交的 ・ 世話好き ・ その他 ()					
既往歴						
投薬	薬管理： 自己管理 預かり			内服状況： 自立・見守り・一部介助・全介助		
職歴や生活歴				家族構成図		
デイサービスの目的				デイサービス希望すること		

(同等の内容がわかる書類が別にある場合はそちらを提出でも結構です)