

多摩済生ケアセンター通所介護利用申込書

ご利用者希望者様

(記入日)

年 月 日

(記録者様)

氏名	ふりがな	生年月日	大正・昭和	年	月	日	歳
	〒 ()						
住所		電話番号	自宅				
			携帯				
世帯の状況	独居・家族と同居 (主介護者:)・その他 ()						

保険情報

被保険者番号		保険者		負担割合	1割・2割・3割
要介護度	要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5) ・ 申請中 ・ 区分変更申請中				
認定期間	年 月 日	～	年 月 日	認定日	年 月 日
居宅介護支援事業所	御担当者 () 様				

ご本人の様子 (該当するものに○をつけてください)

移動	自己歩行・歩行見守り・歩行介助・歩行不可 利用器具: 杖・シルバーカー・ピックアップ・車いす
食事	主食 (ごはん・おかゆ) 副食 (ふつう・きざむ・ソフト) 嚥下: 良好・むせ込みあり・嚥下不可 食事制限: なし・あり ()
排泄	自立・一部介助・全介助 リハパン・パット類の使用 (無・有)
認知症	認知症: なし・あり 診断名 () 特徴的な行動 ()
健康状態	既往歴 医療処置 (インシュリン・胃瘻・在宅酸素・バルーンカテーテル・ストマ・他)
主治医	医療機関名 () 先生) 電話 - -

ご利用にあたってのご意向

ご希望の種類	一般型通所介護・認知症対応型通所介護・不明
ご利用希望日	月・火・水・木・金・土・日 希望回数 (週 回)
入浴希望	あり ・ なし 入浴形態 (一般浴・機械浴)
送迎の有無	迎え : <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 8:30~9:30 <input type="checkbox"/> 9:30~10:30
	送り : <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 15:45~16:30 <input type="checkbox"/> 16:45~17:30
その他希望	

社会福祉法人多摩済生医療団多摩済生ケアセンター通所介護 事業所番号 1374300323

〒187-0041 小平市美園町3丁目12番1号 電話 042-342-0620 FAX 042-342-1535