

# デイサービスひかりの郷 利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
申込利用者名			男・女						
ふりがな									
申込利用者連絡先	〒		電話番号:		( )				
	千葉県		市						
介護被保険者番号									要介護状態区分
									支1・支2・1・2・3・4・5
介護保険者番号									生活保護受給の有無
									<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
介護認定有効期間	平成		年		月		日		～平成
									年
									月
									日
手帳の有無	身体・精神・療育		等級				交付年月日		
担当居宅事業所			連絡先		〒		電話番号		( )
					住所:				
介護支援専門員					事業所番号				
主介護者	〒		電話番号:		( )				
			様(続柄: )		住所:				
緊急連絡先	〒		電話番号:		( )				
			様(続柄: )		住所:				
利用希望曜日	月・火・水・木・金・土		送迎) 有・無		入浴希望		無・有( )回		
主治医			連絡先						
利用者既往歴							感染症の有無		無・有( )
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								
理解及び記憶	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り ・認知記憶 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 判断不可								
	・伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝達可 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 伝達不可 ・摂取能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 幻覚・幻想 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 徘徊								
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他( )								
身体状況	歩行 : 自立・介助歩行・( )点杖歩行・シルバーカー・車いす(自走・介助)・その他( )								
	食事 : 通常・粥・重湯・その他( ) 排泄 : 自立・一部介助・全介助								
	オムツ類の使用 : 無・有( ) 入浴 : 自立・一部介助・全介助								
備考欄									

**【担当介護支援専門員様】**

下記の情報もお手元にありました、一緒に送付の程宜しくお願い申し上げます。

・フェイスシート(受付情報等で構いません。)

・医療情報提供表等