

デイサービス 利用申込書

令和 年 月 日

利用者氏名	ふりがな		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 (歳)			
住所	〒 TEL ()		携帯	
申込者氏名			続柄	
住所	〒 TEL ()		携帯	
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL ・ 携帯	
	氏名	続柄	TEL ・ 携帯	
家族構成 (同居人)	氏名	年齢	続柄	
利用希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (回)			
	入浴	希望する ・ 希望しない	送迎	希望する ・ 希望しない
居宅介護支援事業所	TEL ()		担当ケアマネジャー	
介護認定	要支援 (1 ・ 2)		要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
身体状況	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
		普通 ・ おかゆ ・ きざみ		
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ おむつ		
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移動	自立 ・ 杖歩行 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 (自走 ・ 介助)		
	意志疎通	問題ない ・ やや困難 ・ かなり困難 ・ できない		
	認知症の有無	なし ・ あり 状態 ()		
	身体障害者手帳	なし ・ あり () 級 障害部位 ()		
病歴				
主治医	医療機関名		主治医	
その他				