

ひだまり デイサービスセンター利用申込書

受付日 平成 年 月 日

下記の通り、利用を申し込みます。

ふりがな			
利用者氏名			男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 才		
住所	〒 -		
電話番号			
ご家族 氏名 住所	①	続柄	電話番号
	②	続柄	電話番号
住所	〒 -		
介護保険	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	認定の有効期間： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	介護保険被保険者番号：		
担当ケアマネ ージャー	(氏名)	(事業所名)	(電話番号)
かかりつけ医	医療機関・医師名		電話番号
医療の状況	現在治療中の病名：		
	過去の主たる病歴：		
日常生活動作の状況			
移動	自力 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ その他 ()		
排泄	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		
食事	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		
入浴	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		
ご本人・ご家族が困っている事、利用の際の希望等			

貴事業所への利用申し込みにあたり、その手続きについて説明を受けました。つきましては、利用希望者本人の状況等について情報が必要な場合、保険者である市町村及び担当ケアマネージャーその他サービス提供事業者にも照会することに同意します。

氏名 (利用者) _____ 印

氏名 (家族) _____ 印