

デイサービス TOUSEI

見学・体験・利用 申込書

申込日	令和 年 月 日	見学・体験希望日	令和 年 月 日
利用者	ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	氏名		<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭
	住所	〒 江戸川区	生年月日 年 月 日 ()歳 電話 ()
主介護者	氏名	続柄()	電話 自宅: 携帯:
	住所	〒	
認定他	要介護認定	要支援 1・2 要介護(1 2 3 4 5) 申請中(申請日:令和 年 月 日)	
	生活保護	有 無	身障手帳 無 有 (種 級) 障害状況()

サービス	希望曜日	希望時間	利用目的
通所介護		午前・午後	日常動作訓練 社会交流 外出の機会 その他()

主疾患		既往歴	
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M (備考)		
移動		自立・見守り・一部自立・全介助	
	方法	屋内	独歩・杖・歩行器・車椅子・その他
	方法	屋外	独歩・杖・歩行器・車椅子・その他
排泄		自立・見守り・一部自立・全介助	
	方法	日中	トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等
	方法	夜間	トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等
備考			

居宅介護支援事業所	事業所名		事業所番号	
	住所			
	電話	()	FAX	()
	担当ケアマネジャー		メールアドレス	

生活相談員 岩崎 由美 宛