

利用申込書 (デイケア)

記入年月日 年 月 日

ふりがな 氏名			介護度	性別	公費
				男女	有無
住所	電話 ()		生年月日		
			年	月	日
通所予定日	年 月 日【月火水木金】 午前 午後			送迎	
				有	無
緊急連絡先	①	氏名	続柄 ()	電話	()
		住所		携帯	()
	②	氏名	続柄 ()	電話	()
		住所		携帯	()
家族構成 (キーパーソン)			主治医 (病院・医院)		
			住所		
			電話 ()		
主病名 (他重要な病名) 【感染症含】			※ 特記 (伝えておかなければならない事)		
生活歴 (職業・学歴・宗教・趣味等その人のことを表すこと)			自宅の間取り (見取り図)		
状況	体格	身長	cmくらい	体重	kgくらい
	視力障害	有 ・ 無	程度 ()		
	聴力障害	有 ・ 無	程度 ()		
	排泄	尿意・便意は	有 ・ 無	自立・介助・リハパン・パッド	
	認知程度				
	歩行	自立 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ 杖歩行介助 ・ 車いす ()			
ケアプラン作成事業所 ケアマネジャー					
電話 ()					