

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 歳
通所予定日	年 月 日【月火水木金】 午前 午後			送迎	
				有 無 自歩	
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 ()					