

# デイサービス 見学又は1日体験兼ご利用申込書

※可能な範囲で情報をご記載ください

瑞江ホーム東部デイサービスセンター

全て埋めなくても問題ありません

TEL 03-3678-3765 FAX 03-3678-3730

申込日 年 月 日

Mail : [tobuday@mizuehome.com](mailto:tobuday@mizuehome.com)

## <ご利用者様情報>

ふりがな		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日
名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号				
住所						表札	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
被保険者番号				生活保護やその他減免等	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり		
要介護度	<input type="checkbox"/> 別紙『介護保険被保険者証』参照 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
負担割合	<input type="checkbox"/> 別紙『介護保険負担割合証』参照 <input type="checkbox"/> 確認中 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担						

## <ご家族様情報>

名前	続柄	キーパーソン	同居	緊急連絡先(住所・電話番号)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## <身体状況>

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ( )
服薬	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ( )
既往歴/注意点	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ( )
歩行状態	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他 ( )
デイサービス利用の理由	
ご利用希望曜日	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ( )
入浴希望	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ありの場合⇒ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
申し込み対象事業所	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (認知症の診断がおりている方のみ対象)
当施設を知った経緯	<input type="checkbox"/> 当施設ホームページ <input type="checkbox"/> その他ホームページ <input type="checkbox"/> ハートページ冊子 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他

## <ケアマネジャー様情報>

事業所名	ケアマネジャー様氏名	連絡先	備考