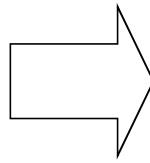


デイサービス りっくる 通所介護利用申込書

貴事業所名	
ご担当者様	様
TEL	
FAX	
事業所NO.	



事業所	デイサービス りっくる
担当者	
TEL	03-6233-9031
FAX	03-6233-9032
事業所NO.	1370405530

〈利用者様〉

ふりがな 氏 名	性別	生年月日		年齢
住所	〒	世帯区分	TEL	
			FAX	
要介護度		被保険者番号	生保・減額 負担者番号	生保・減額 受給者番号
認定年月日		認定有効期間	~	

〈緊急連絡先〉

氏 名	続柄	TEL	携帯電話	住 所
①				
②				

〈医療情報〉

主治医		病院	TEL	
	科	先生		
かかりつけ医		病院	TEL	
	科	先生		

〈既往歴・感染症の有無等〉

A D L 等	移動・移乗	自立	見守り	要介助	意思伝達・指示反応	可能	ときどき	不可
	食事摂取	自立	見守り	要介助	口腔ケア	自立	要介助	義歯・有
	嚥下	自立	見守り	不可	服薬	自立	見守り	要介助
	排泄	自立	見守り	要介助	排泄方法	トイレ	ポータブル	オムツ
	上着衣の着脱	自立	見守り	要介助	下着衣の着脱	自立	見守り	要介助
	入浴	自立	見守り	要介助	住民税課税状況	課税	非課税	不明

サービス開始希望日	年	月	日	利用希望日	月	火	水	木	金	土
-----------	---	---	---	-------	---	---	---	---	---	---

デイサービス利用目的・本人(家族)の希望

デイサービス利用後にCMが必要な情報