

デイサービスセンターきたざわ苑 苑

世田谷区北沢5-24-18

TEL:03-5453-5620

FAX:03-5453-5621

申込者氏名 続柄()

住 所

電 話 番 号

通所介護(介護予防通所)利用申込書

対 象 者	被 保 険 者 番 号											
	(フリガナ) 氏 名										性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日		明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日 (歳)									
	住 所											
	電 話 番 号											
	認 定 結 果		要 支 援 (1 ・ 2) ・ 要 介 護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 負 担 割 合 (1 ・ 2 ・ 3)									
	認 定 有 効 期 限		年 月 日 ~ 年 月 日 まで									
	障害高齢者の日常生活自立度判定基準(寝たきり度)		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2									
	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準		該当なし ・ Ia ・ Ib ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M									
	感 染 症		有 り (MRSA ・ B 型 肝 炎 ・ C 型 肝 炎 ・ 疥 癬 ・ そ の 他 :) ・ 無 し									
医 療 処 置		有 り (褥 創 ・ 尿 管 カ テー テル ・ 人 工 肛 門 ・ 経 管 栄 養 ・ イ ン シュ リン 注 射 ・ 在 宅 酸 素) ・ 無 し										
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 (包 括)	事 業 名											
	住 所											
	電 話 番 号											
	担 当 者 名										FAX 番号	
希 望 サ ー ビ ス	☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 7 時間以上 8 時間未満(9~17 時) ☐ 5 時間以上 6 時間未満(10~16 時) ☐ 入浴 ☐ 機能訓練 ☐ 送迎 乗車方法(歩 行 ・ 車 い す) ☐ 口腔機能向上		利 用 希 望 日		第1希望: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 第2希望: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 第3希望: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土							
			利 用 希 望 回 数		週 回							

《施設使用欄》

受付年月日		年 月 日		受付者氏名			
備 考							