

利用申込書(デイケア・ショートステイ用)

(調査日)

年 月 日

(相談員)

基本情報	ご利用者(氏名)フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日(歳)	要介護度	要支援 1・2・3・4・5
			住所	〒		電話
	居宅介護支援事業所		ケアマネ			
	介護保険の有効期限		年 月 日～	年 月 日	障害者手帳	あり・なし 種 級
相談者	フリガナ	続柄	住所 〒		連絡先	
利用目的・相談内容・これまでの経緯					本人の趣味	出身地
					本人の職業	本人の性格
					緊急連絡先	日中
						携帯
	勤務先					
					夜間	
サービス利用			利用業者名		家族の希望	
	デイS	/W				
	訪問看	/W				
	訪問介	/W				
	デイケア	/W				
	訪入浴	/W				
	訪問リハ	/W				
	往診	/W				
<家族構成>			<背景>			<経済的背景>
						年金・給与・生保
						他収入 ()
						<住宅環境>
						一戸建て (階)
						マンション (階)
						エレベーター あり・なし
						アパート (階)
						その他
病名	期間	病院名		主治医		
1						
2						
3						
4						
内服薬						
アレルギー あり・なし		感染症 MRSA (+-)・肝炎 (+-)・疥癬 (+-)・梅毒 (+-)・その他				
送迎希望:	あり・なし	入浴希望	あり・なし	食事希望:	あり・なし	おやつ希望: あり・なし