

# しんあい デイケア 利用申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			生 年 月 日	M・T・S	年	月	日	才			
氏名											
被保険者番号	( )		保険者番号	( )							
要介護度	要支援 ( 1・2 )		要介護 ( 1・2・3・4・5 )				申請中				
認定期間	平成 年 月 日		～		平成 年 月 日						
(ご本人) 住所				(ご本人) TEL							
家族連絡先	ふりがな 氏名		TEL								
	住所										
主治医 (連絡先)	病院名		医師名			TEL					
主病名・既往歴			服薬・外用薬								
障害高齢者自立度	自立		J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
認知症高齢者自立度	自立		I	II a	II b	III a	III b	IV	M		
麻痺・拘縮の有・無	有・無		( )								
日常生活動作	移動	自立		見守り	一部介助	全介助					
	歩行	自立		杖歩行	介助歩行	歩行器( )		車椅子(自立・介助)			
	行動範囲	普通 (公共交通機関可)		近所・庭	屋内	居室内	ベット上				
	食事形態	普通		一口大	極きざみ	ソフト	ミキサー	プリン	流動食		
	食事制限	有 ( )		無							
	嚥下・咀嚼	問題あり ( )		問題なし							
	口腔ケア	自然歯	一部入れ歯	総入れ歯			手入れ	自立	介助		
	言語	明瞭		聞きとりにくい	通じない		発語不可				
	意思疎通	明確		ある程度通じる			通じない				
	視力	普通		弱視 (右左両眼)		全盲 (右左両眼)		眼鏡(有・無)			
聴力	普通		難聴 (右左両耳)		補聴器 (有・無)						
排泄	自立		見守り	一部介助	全介助		(オムツ 紙パンツ パット)				
入浴	自立		見守り	一部介助	全介助						
住環境	戸建		文化住宅	階	マンション	階 (エレベーター有・無)					
利用希望日	月・火・水・木・金										
送迎注意事項											
備考											
居宅介護支援事業者	事業所名		担当者名			TEL					

\* 枠内に書けない場合は、別紙添付願います。

\* ご記入いただいた個人情報を利用申し込みに関する業務以外には使用いたしません。

介護老人保健施設 しんあい 通所リハビリテーション  
TEL 072-680-3000 FAX 072-680-3002