

いずみのほとり利用申込書

年 月 日

申込者 氏名： _____ 続柄： _____
 住所： _____
 電話： _____ () _____

様の通所介護サービス利用を申し込み致します。

利用者情報	ご利用者氏名		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日		歳
	住所	〒 _____		電話		
	認定結果	(暫定) (要支援1・要支援2) (経過的要支援・要介護1・2・3・4・5)				
	認知度	自立	1	II a	II b	III a III b IV M
	認定期間	年 月 日 ~	年 月 日	被保険者番号		
	利用目的・困っていること					
	利用希望日	月・火・水・木・金・土 (希望日に○を付けてください)			基本利用時間は6時間	
	入浴希望	有・無	送迎希望	有・無	以上~8時間未満です	
	家族情報・医療情報等	介護者氏名		(続柄：) (同居 有・無)		連絡先
緊急連絡先①		名前			続柄	
		電話番号	()		同居	有・無
緊急連絡先②		名前			続柄	
		電話番号	()		同居	有・無
居宅介護支援事業者名		担当者	事業者番号			
		電話	()			
身体 の 状 況		機能障害の有無	有・無	()		
		既往症の有無	有・無	()		
		使用薬の有無	有・無	()		
	アレルギー	有・無	()			
	現疾患	有・無	()			
補助具	車いす 杖 その他：					

<施設・事業者記入欄>

受付	確認	種別	結果	結果通知先	その他
	/	・現 行 ・待 機 ・新 規	・契 約 ・待 機 ・辞 退	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 申 込 者	