

# デイサービスいずみ利用申込書

年 月 日

デイサービスいずみ 御中 申込者 氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

続柄: \_\_\_\_\_

デイサービスいずみの利用を申し込みます。

ご利用者情報	ふりがな				男	生年月日	明治 大正 昭和				
	ご利用者氏名				女		年 月 日 歳				
	ご住所(現在の居所)	〒 東京都西東京市				電話	( )				
	住民票の住所	【住民票住所が居所以外の方は記入して下さい】			〒						
	請求書等の郵送先	【居所以外に郵送を希望の方は記入下さい】			〒			様方	ご家族と同居の場合必ず様方を記入下さい		
	要介護状態区分	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)			利用者負担割合	1割・2割・公費					
	認知症日常生活自立度	自立・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M・不明					必ずいずれかに○をつけてください				
		デイサービスいずみでは、認知症自立度Ⅲa以上の方については、認知症加算(1日あたり60点)を算定させていただいております。									
	認知症自立度の確認方法(□のどちらかにチェックの上必要事項に記入ください)	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 医師名( )、意見書記入日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定調査書 調査日( 年 月 日) 医師の意見書が無い場合は認定調査票の「認定調査(基本調査)7」の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとなっています。									
	利用目的・希望すること										
	利用希望日	月・火・水・木・金・土 (希望日に○を付けてください)									
	初回利用希望日	平成	年	月	日	基本利用時間は7時間以上9時間未満です					
	入浴希望	有	無	送迎希望	有	無	ご利用料の支払方法	引落・振込・現金			
	感染症の有無	有	無	有の場合、病名・症状等を記入ください							
家族情報	氏名	続柄	年齢	居宅介護支援事業者名							
				担当者				事業者番号			
				電話	( )						
	同居しているご家族	主治医	病院名								
			担当医名								
			電話		( )						