春輝苑　デイサービス　利用申込書

平成　　年　　月　　日

申込者

□本人　□家族	□指定居宅介護事業者		□その他
氏名（事業者名）		ＴＥＬ　　（　　）	
		ＦＡＸ　　（　　）	
〒 住所			

利用者

フリガナ		男・女	生年月日　大・昭　　年　　月　　日
氏名		歳	ＴＥＬ　　（　　）
住所	〒		
連絡先	（続柄　　）	ＴＥＬ	
介護保険番号		保険者名	
要介護状態区分　要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ 有効期限　平成　　年　　月　日～平成　　年　　月　　日		生活保護　有・無	
主治医氏名		既往歴・経過	
医療機関名			
希望利用日	週　　日　　月　・　火　・　木　・　金　・　土		
送迎バス	希望する（リフトバス・ステップバス）　・　希望しない（家族・ヘルパー）		
入　浴	希望する（一般浴・リフト浴）　・　希望しない		

日常生活の生活	視力	正常　・　不自由　・　まったく見えない　（眼鏡：有・無）
	聴力	普通　・　大声で聞こえる　・聞こえない　（補聴器：有・無）
	会話	伝えられる　・　不自由だが伝えられる　・　伝えられない
	歩行	歩ける　・手伝いが必要　・　歩けない　（車椅子・杖・歩行器）を使用
	入浴	自分で入れる　・　手伝い必要　・　入れない
	排泄	自分でできる　・　手伝ってもらう　・　全部手伝ってもらう
	褥瘡	無　・有　（部位：　　）
	着替	自分でできる　・　手伝ってもらう　・　全部着替えさせてもらう
	食事	自分で食べられる　・　手伝ってもらう　・　食べさせてもらう
	認知	無　・　有（具体的に：　　）