

inana通所介護利用申込書

tel.:03-5797-7442/fax.:03-5797-7443

稼働日:月・火・水・木・金 08:30-17:30(日祭休)

利用希望者氏名欄	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名			男・女	(年齢 歳)		
	〒 ()			電話			
	住所						
第一連絡先	氏名		続柄 ()	電話			
	住所	〒 ()					
第二連絡先	氏名		続柄 ()	電話			
	住所	〒 ()					
生活環境	独居 ・ 家族と同居 (主介護者) ・ その他 ()						
介護保険	被保険者番号					要介護度	介護負担 割
	認定日	年	月	日	有効期間		公費
	交付日	年	月	日	年	月	日 無・有
居宅支援事業者名称	担当 ()			電話			
				FAX			
主治医	医療機関名 (先生)			電話			
疾患障害				医療処置	パルーンカテーテル・インシュリン注射 人工肛門・在宅酸素・人工透析・じょくそう その他 ()		
身体状況 該当部に○をつけて下さい	<身体状況> ・歩 行 : 自立 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車椅子 その他 () ・食 事 : ご飯 (通常 ・ 粥 ・ 重湯) おかず (通常 ・ きざみ ・ ペースト) ・排 泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 リハパン (無 ・ 有) パット (無 ・ 有) ・入 浴 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 <精神状況> ・認知症 : 無 ・ 有 → 徘徊・失見当・暴言暴行・帰宅願望・妄想・異食・不潔行為・昼夜逆転・性的迷惑行為・その他 ()						
	・意思疎通 : 支障なし ・ やや悪い ・ かなり悪い ・ 不能						
利用意向	<利用に対するご家族の意向>						
	<請求関係郵送先> 本人 ・ 家族 ()						
	<日 程 等>						
	・他のデイ利用: 無 ・ 有 (施設名:) 利用曜日:) ・外出の希望: 希望する ・ 希望しない ・外食の希望: 希望する ・ 希望しない ・入 浴: 希望する ・ 希望しない ・ご利用希望回数: ()回/週 ・利用不可の曜日: 無 ・ 有 ()曜日						
	<留意事項>						