

# 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)		
	〒 ( ) 住 所				電話		
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 ~ 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	バルーンカテーテル・インシュリン注射 人工肛門・在宅酸素・人工透析・じよくそう 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						
	<利用に対するご家族の意向>						
	<請求関係郵送先> 本人 ・ 家族 ( )						
利用意向	<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>						