デイサービスセンター小淀ホーム　　新規利用申込書

申込日（記載日）　　　年　　　月　　　日

**【利用者様基本情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | |  | | | | | | 生年月日  明治・大正・昭和  年　　月　　日 | | | | | 年齢    　　歳 | | | 性別 | 男・女 | |
| 利用者氏名 | | | | 様 | | | | | |
| 住　　所 | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | ０００ | | | | | | 認定日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介　護　度 | | | | １・２・３・４・５ | | | | | | 認知症高齢者  自立度 | | | |  | | | 障害高齢者  自立度 | | |  |
| ご家族 | 氏　名 | | | 続柄（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所  連絡先 | | | 〒    電　　話　　　（　　　　　）  携帯電話　　　（　　　　　）  その他　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所の目的 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通所希望曜日 | | | | | | | （　週　　　　　　回　） | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎 | | | 普通（ステップ）乗車　・　車いす乗車 | | | | | | 入浴 | | 希望あり　　　・　　希望なし | | | | | | | | | |
| 個別機能訓練 | | | | | 希望あり・　希望なし　　部位： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴・現病歴 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬状況 | | | | | なし　・　あり　（薬名） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症状 | | | | | なし・あり（診断名）  具体的に： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 周辺症状 | | | | | なし・あり  具体的に： | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他留意すべき点 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ケアマネジャー | | 事業所名 | | | |  | | | | | | | 担　　当 | | |  | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話　　　　（　　　　　）　　　・fax　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

**小淀ホーム　fax番号　：　０３－３３６６－６５１３**

デイサービスセンター小淀ホーム　〒164-0011　中野区中央1－18－3　事業所番号（１３７１４０１５５３）