

■ デイサービス飛鳥Ⅱ 利用申込書 ■

申込者氏名 続柄 ()
 住 所
 電 話 番 号

通所利用介護デイサービスⅡ飛鳥を利用したいので、次のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

■利用者基本情報■

ふりがな 氏 名	(男・女)		生 年 月 日	年 月 日	() 歳
住 所					
電話番号	自宅				
	携帯				
連絡先 (通常)	氏名		電 話	①	
	住所			②	
連絡先 (緊急)	氏名				
	続柄				
	住所				
	電話	① (日中・夜)	① (日中・夜)		
	② (日中・夜)	② (日中・夜)			
家族構成					

■医療情報■

主 治 医	病院名 () 科名 () 医師名 ()				
通院手段	一人で行く ・ 支援を得て行く ()				
現 病 歴			既 往 歴		
内 服			注 意 点	※通院している病院医師から生活上の注意点などあれば記入ください	
内服管理	□自身でしている □ 支援を得ている ()				
医療行為	□なし □あり ()				
感 染 症	□なし □あり ()				
アレルギー	□なし □あり ()				

■介護保険■

被 保 険 者 番 号		
保 険 者		
認 定 状 況	☐ 申請中 ☐ 認定済→下記情報記載	
認 定 結 果	要介護（ 1 2 3 4 5 ）	
認 定 日	令和（ ）年（ ）月（ ）日	
有 効 期 間	令和（ ）年（ ）月（ ）日～令和（ ）年（ ）月（ ）日	
担 当 ケ ア マ ネ	事 業 所 名	
	氏 名	

■ 身体狀況 ■

歩	行	□自立		□見守り		□一部介助				
		【使用具】		□杖		□歩行器		□車いす		
食	事	□自立		□見守り		□一部介助		□全介助		
入	浴	□自立		□見守り		□一部介助		□全介助		
更	衣	□自立		□見守り		□一部介助		□全介助		
排	泄	□自立		□見守り		□一部介助		□全介助		
		【尿意】		□あり		□なし				
		【便意】		□あり		□なし				
		【使用しているもの】		□パット		□リハビリパンツ		□おむつ		
						□ストマ（交換頻度		）		
寝たきり度		□正常	□J1	□J2	□A1	□A2	□B1	□B2	□C1	□C2
日常生活自立度		□自立	□Ⅰ	□Ⅱ	□Ⅱa	□Ⅱb	□Ⅲ	□Ⅲa	□Ⅲb	□Ⅳ □Ⅴ

■利用希望■

曜 日	□月 □火 □水 □木 □金 □土	
入 浴	□希望する □希望しない	送 迎 □希望する □希望しない
食 事 内 容	好きな食べ物 ()	
	嫌いな食べ物 ()	

■その他■

--

〈施設記入欄〉

受付日	結 果	結果通知日	結 果 通 知 先	確 認 項 目
令和 年 月 日	☐ 契 約 ☐ 待 機 ☐ 辞 退	令和 年 月 日	☐ ケアマネ ☐ 本人 ☐ 申込者	☐ 重要事項・契約・個人情報 ☐ 介護保険証・介護保険負担割合証 ☐ 災害時等連絡先 ☐ お薬内容(手帳) ☐ その他（ ）