

## こぶしえん(認知症対応型通所介護) 利用申込書

令和 年 月 日

ふりがな			介護度	性別
利用者氏名	様			男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 ( ) 歳			
利用者住所	〒		電話番号	
			— —	
介護保険被保険者番号				
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
負担割合	割			
緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名			

居宅介護支援事業所	事業所名			
	担当者	事業者番号		
	住所			
	電話番号	FAX番号		

送迎希望	あり ( 往・復のみ ) ・ なし	ステップ乗車	できる ・ できない	
車酔い	あり ・ なし	リハビリ希望	あり ・ なし	
希望日	月 火 水 木 金	希望回数	週 回	
入浴	一般浴 ・ 特殊浴(チェア-浴)	入浴介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
		希望回数	週 回	
ADL状況	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	自助具	杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	オムツ類	有(パンツ・テープ式・パット)・無
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	食事形態	主食: 常・軟飯・粥・ペースト / 副食: 常・一口大・刻み・ごく刻み・ペースト		
	食事制限	有 ( ) ・ 無	麻痺の有無	有 ( ) ・ 無
	感染症	有 ( ) ・ 無	認知症度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
昼食時与薬				
かかりつけ医				
既往症				

その他特記事項

- ・サービス提供時間は8:30から17:30です。その前後で送迎させていただきます。
- ・利用状況によってご希望曜日の調整をさせていただくことがあります。ご了承ください。

社会福祉法人 徳心会 こぶしえん  
 〒153-0064 目黒区下目黒6-18-2  
 (03)5722-5550(代表) FAX(03)5722-5570