もりぐち清水会病院　橋波リハビリセンター
通所介護・第1号通所事業（デイサービス）　利用申込書

※　お名前は**介護保険者証と同じ漢字**をご記入ください　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
利用者氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭 年　月　日　満（　）歳
利用者住所	〒　－　※マンション・ハイツ名もご記入ください		固定電話　－　－ 携帯電話　－　－

主たる介護者 緊急連絡先①	フリガナ		続柄	固定電話　－　－
	氏名			携帯電話　－　－
	住所	〒　－		
緊急連絡先②　氏名		続柄	電話番号　－　－	

利用者情報	かかりつけ医		主治医	電話番号　－　－		
	治療中の病名・既往歴	①	②			
		③	④			
	移動方法	・自立歩行　・手引き　・杖　・手押し車　・車椅子（　自走　・　介助　）				
	排泄方法	・自立　・一部介助　・全介助（　布下着　・　パット　・　紙おむつ　・　リハビリパンツ　）				
	理解力	・可能　・一部可能　・困難（　）	発語	・可能　・一部可能　・困難（　）		
	視力	・良好　・困難（　）	聴力	・良好　・困難（　）		
	運動に関しての注意事項	・特になし　・事項あり　・				
	特記事項					
	障害高齢者の日常生活自立度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M				
	感染症疾患	有 ・ 無（　）	アレルギー	有・無（　）	血液型	（　）・不明

介護保険情報	要介護状態区分	要支援　1　2　事業対象者
		要介護　1　2　3　4　5
	認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日
	介護保険負担割合証	1 割　2 割　3 割
	居宅介護支援事業所	TEL　－　－
		ケアマネージャー氏名（　）

体験利用	日時 ：　年　月　日（　）	□ 午前の部　10:00～11:30頃まで
		□ 午後の部　14:00～15:30頃まで