

# 石神デイサービスセンター申込書(南相馬福祉会)

申込日	平成 年 月 日				
申込者指名					
支援事業所名					
電話番号					
ふりがな 利用者名	男・女	生年月日	M.T.S.	年 月 日	歳
現住所			電話番号	( ) -	
住民票住所			介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
利用者の状況	(主な病気) 既往歴				
	(主にかかっている病院) 主治医				
	感染症 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
	アレルギー <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
	<input type="checkbox"/> 麻痺 有( )・無 <input type="checkbox"/> 運動障害 有( )・無 <input type="checkbox"/> 視力障害 有・無 <input type="checkbox"/> 聴力障害 有・無 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング				
他サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> デイサービス ( ) <input type="checkbox"/> ヘルパー ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望状況	<input type="checkbox"/> 曜日の指定はない		<input type="checkbox"/> 曜日の指定あり( 曜日)		
	<input type="checkbox"/> 土、日の利用を希望		<input type="checkbox"/> 週2回以上利用したい		
送迎の状況	<input type="checkbox"/> 送迎時家族が家にいる		<input type="checkbox"/> 本人のみ		<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 車両が玄関前まで入れる		<input type="checkbox"/> 路上駐車		<input type="checkbox"/> その他( )
家族の状況	同居家族 有・無		別居家族 有・無		家族なし
	介護者 <input type="checkbox"/> 有 続柄( 妻・夫・嫁・息子・娘・姪・甥・孫・その他( ) ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他家族介護中 <input type="checkbox"/> 高齢介護				
連絡先	氏名		続柄		
	住所		電話番号		
利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 生活保護				

※ 介護保険被保険者証のコピーを添付してください。