

## デイサービス利用申込書

ご利用者	フリガナ			男				
	氏名			女				
	住所							
	電話							
ご連絡先	フリガナ			関係				
	氏名			電話				
	住所							
ご家族状況	氏名	年齢	続柄	職業	住居	介護協力	備考	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話			
	①							
	②							
介護保険・身体状況	被保険者番号			要介護度	申請中・要支援・要介護 1・2・3・4・5			
	認定期間	年	月	日	～	年	月	日
	認定日	年	月	日				
	居室支援事業所名			担当者				
	ご連絡先							
	他の福祉サービス	通所介護・通所リハ・訪問看護・訪問リハ・訪問介護・訪問入浴・短期入所 福祉用具貸与・住宅改修・配食サービス 生活保護・福祉手当						
	手帳	有・無	障害名( )		種	級		
	既往症					服薬	有・無	
	認知症	有・無	問題行動	有・無	( )			
感染症	有・無	MRSA 肝炎(A B C型) 緑膿菌 その他( )						
希望内容	希望曜日	月・火・水・木・金・土・日・いつでも		希望開始日	年 月 日( )			
	希望回数	週 回		入浴希望	無・有(リフト・介助)			
	送迎希望	有・無		移動手段	エレベーター・スロープ・階段			
	移動	独歩	杖	シルバーカー	車イス	歩行器		
ご本人・ご家族からのご要望								

**デイサービスセンターはなみずき**

(事業所番号:1270500679)

〒267-0055 千葉市緑区越智町747-92

Tel: 043-205-9555/Fax: 043-205-9555

担当者: 相談員 関根 大