

# 利用申込書 (デイケア サービス)

当てはまる□にレを入れ、漏れなく記入してください。いただいた個人情報はご利用者さまの処遇に関する以外には、利用致しません。

記入日： 年 月 日

利用者	ふりがな	性別	M			
	氏名	男・女	生年月日	T	年 月 日	
	住所	〒		S	歳	
				電話： ( )		
利用者	ふりがな	申込者	〒			
	申込者氏名	住所		連絡先： ( )		
	希望内容	曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金			
		時間	<input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 10:30 <input type="checkbox"/> 14:00 <input type="checkbox"/> 15:30			
		送迎	<input type="checkbox"/> 迎え <input type="checkbox"/> 送り <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	希望理由					
主な疾患名及び病状 (介護が必要になった原因疾患についてご記入ください)						
病名	①		年 月	<input type="checkbox"/> 手術した		
	②	発症時期	年 月	<input type="checkbox"/> 手術した		
	③		年 月	<input type="checkbox"/> 手術した		
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (無・有 級) 障害名 ( ) <input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当課名 担当者名 ) <input type="checkbox"/> 年金種別 (国民年金・厚生年金・共済年金・その他年金) 総額月額： 円程度					
要介護度	申請中・要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期限	年 月 日～	年 月 日	
居宅介護支援事業所	事業所名	〒 ( )	担当ケアマネージャー名	(担当開始時期： 年 月～)		
主治医連絡先	医院名	〒 ( )	担当医師名	(担当開始時期： 年 月～)		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 (独居中の家族の続柄、年齢を記入してください) <input type="checkbox"/> 独居 (近隣に支援出来る方の有無： 有 (続柄： )・無 <input type="checkbox"/> その他 (入院中・入所中： )			家族情報	続柄	年代
	期間 年 月 日～ 年 月 日退院・退所予定					歳代
	医療・介護に関するサービスの利用状況、1週間のスケジュールについてご記入下さい					歳代
サービス利用状況	月	木	日			
	火	金	その他			
	水	土				
住宅状況	<input type="checkbox"/> 戸建て・マンション・ハイム ( 階)      ●その他、住環境や送迎情報について図などで補足ください。 <input type="checkbox"/> エレベーター 有・無 (不停止階該当 有・無) <input type="checkbox"/> 玄関・エントランスまでの階段や段差 有・無 <input type="checkbox"/> トイレ (和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> 移動方法 (歩行・車椅子) <input type="checkbox"/> 歩行補助具 (杖・歩行器・シルバーカー) <input checked="" type="checkbox"/> 利用日、送迎時間に家族の送り出し 有・無 無の場合 (□ご自身で施錠可能 □ヘルパー等の送出し)					


 医療法人社団金町整形外科  
 〒125-0051 東京都葛飾区東金町2-24-3  
 ☎ (代表) = 03-3600-8097  
 ☎ (デイケア直通) = 03-5699-5077  
 FAX : 03-5876-9817  
 Mail : rehabili@kanamachi-orthopedics.com

【施設使用欄】	申込受付日	年 月 日
書類確認	<input type="checkbox"/> 利用申込書	<input type="checkbox"/> 家族情報提供書
	<input type="checkbox"/> 保険者証コピー	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書
判定会議結果	<input type="checkbox"/> 利用可 (開始時期： 月 日頃)	
	<input type="checkbox"/> 利用不可 (付加理由を裏面に記録のこと)	