

# 共用型デイサービス グループホーム いろり端水戸 利用申込書

申込日 R 年 月 日

<b>担当ケアマネ様</b>	事業所名				ご担当者様			
	住所							
	TEL				FAX			

<b>ご利用者様</b>	ふりがな <b>名前</b>					大正 昭和	年	月	日	歳	
	住所								TEL		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
	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		
	医療機関名：			医師氏名：			判定日：年 月 日				
	被保険者番号						保険者名				
	有効期限	年 月 日		～	年 月 日						
	生活保護	有・無	担当CW		様						
	その他減免	有・無 ( )									
<b>かかりつけ病院</b>	病院				TEL				主治医		
<b>緊急連絡先</b>	ふりがな <b>名前</b>							続柄			
	住所							TEL			
<b>身体状況</b>	現病名										
	既往歴										
	認知症	主な症状：									
	麻痺	有・無 ( )									
	拘縮	有・無 ( )									
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) 補助具：									
								装具	有・無		
<b>生活状況・精神面</b>											

<b>希望曜日</b>	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
<b>送迎</b>	有・無
<b>昼食薬</b>	有・無

**備考（特記事項等）**