

デイサービス申込書

氏名		性別	男 女	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	〒			電話 () -			
介護保険(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・身体障害者手帳(級)・生活保護							
障外高齢者の日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度			
正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
世帯類型	1、同居世帯 2、同居世帯(日中独居) 3、高齢者夫婦世帯 4、一人暮らし 5、施設入所						
主 介 護 者							
フリガナ				住所			
氏名	〒						
備考				電話番号			
				自宅	()	-	
			携帯	()	-		
緊 急 時 連 絡 先							
氏名	続柄	住所			電話・携帯番号		
①							
②							
(現病歴)				(既往歴)			
主治医	医療機関名			医師		電話	
	医療機関名			医師		電話	
内服薬				麻痺			
				・左上肢	・左下肢	・無	
				・右上肢	・右下肢		
生活習慣	アレルギー	:薬物アレルギー 有(薬品名)・無 :食品アレルギー 有(食品名)・無					
	感染症	:有 1、梅毒 2、B型肝炎 3、C型肝炎 4、MRS 5、HIV :無 6、その他					
	アルコール	・飲む (/日)		・飲まない(飲めない)		・止めた	
	タバコ	・吸う (本/日)		・吸わない		・止めた	
	睡眠	・良 ・やや不眠 ・不眠 ⇒ 安定剤()・眠剤()					
居宅介護 支援事業者				担当CM	記入年月日		
				電話番号	年 月 日		