

デイサービスセンター フォーリーブス甲府利用申込書

申込日 平成 年 月 日

利用者 情報	ふりがな				男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
	氏名	様					
	住所	(〒 -)					
	連絡先	☎ () -					
	介護認定	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 申請中 区分変更					
	世帯類型	1. 同居世帯 2. 同居世帯(日中ひとり) 3. 高齢者世帯 4. ひとり暮らし					
生活保護	無・有			障害者手帳	無・有 (手帳 級)		
主たる 介護者	氏名	続柄	住所 (連絡先)				
	様		Tel() -				
居宅介護支 援事業所	Tel() -				担当ケア マネー ジャー		
身体状況	食事	食種	普通食 糖尿食 減塩食 他()				
		形態	常食 刻み ソフト ミキサー				
	排泄	介助	自立 トイレ誘導 一部介助 全介助				
		下着	パンツ リハビリパンツ オムツ パッド				
	入浴	方法	一般浴 機械浴	介助	自立	一部介助	全介助
	移動	自立	見守り	杖	押し車・歩行器	車いす	
	移乗	自立	一部介助()			全介助()	
	疾病						
	認知症の状態	1. 無 2. 有 ()					
	感染症の有無	1. 無 2. 有 ()					
かかりつけ の病院	病院名			主治医			
利用希望	曜日	月・火・水・木・金・土 (週 回)					
	入浴	1. 希望する 2. 希望しない			送迎	1. 希望する 2. 希望しない	
	利用目的						
その他連絡事項							

デイサービスセンター フォーリーブス甲府

甲府市東下条町107番地

Tel 055-243-4800

Fax 055-243-4804