

情報提供兼申込書（デイ・SS 共通様式）

ご利用希望者の情報提供をよろしくお願い致します。

申込年月日	令和 年 月 日	事業所名 ご記入者様	
ふりがな 氏 名	男 様 女	生年月日 年 齡	T・S 年 月 日 歳
住 所	〒 電話番号 (アパート・マンション名も)		
被保険者番号		認定日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日 まで	
要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 更新手続中 変更申請中		
認知症自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護保険 負担割合	1割・2割・3割・その他()
世帯区分	同居・独居・高齢者世帯・その他()		
住宅環境	戸建・集合住宅 (自室 階、エレベーター/なし・あり、玄関前スロープ等/なし・あり)		
ご家族様 連絡先	第 1 連絡先	ふりがな 氏 名 様 続柄() 住 所 電話番号 () 携帯電話 ()	
	第 2 連絡先	ふりがな 氏 名 様 続柄() 住 所 電話番号 () 携帯電話 ()	
利用希望	<input type="checkbox"/> 市基準通所A・ <input type="checkbox"/> 国基準通所サービス・ <input type="checkbox"/> 通所介護・ <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 第1希望 月・火・水・木・金・土 回/週 曜日以外で希望 第2希望 月・火・水・木・金・土 回/週 曜日 希望無 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） 居室希望：個室・多床室・どちらでもよい 希望日程 月 日～ 月 日まで(泊 日) キャンセル待ち希望：なし・あり		
利用理由			
現病名 既往歴			
内服薬	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝 <input type="checkbox"/> 食前薬		

