

FAX 03-5714-0557

申込日 年 月 日

届出者	指定居宅介護 支援事業者											
	事業所番号											
	ふりがな						申込者との関係					
	氏 名											
	住 所	〒										
	電話番号					Fax番号						
利用希望者	氏 名						性 別	男 女				
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)										
	住 所	〒										
	電話番号					Fax番号						
キーパーソン	氏 名						利用希望者との関係					
	住 所	〒										
	電話番号					Fax番号						
	携帯番号				メールアドレス			@				

被保険者番号											
要介護区分	総合事業 要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)										
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
保険者名						生活保護の有無	有 無				
主治医						医療機関名					
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			

施設への希望	
利用希望日	週 回 (月 火 水 木 金) 曜日の希望なし
利用希望時間帯	AM 9時00分～12時10分 PM 14時40分～17時50分
送迎	往復 片道(行き 帰り) 不要

現在のお困りごと

(例)足の筋力が落ちた・以前より歩けなくなった・むせ込み、食べこぼしが増えた等

☐歩行: 自歩・つたい歩き・介助・杖・歩行器・車椅子介助・車椅子自走
☐介助が必要なこと: 食事・入浴・着脱衣・排泄・他

・既往歴 ・特別な医療処置 ・認知症 ・身体状況 その他(相談内容)	有 無 (有の場合 認知症の程度 軽度 中度 重度)
--	------------------------------

リハビリ型デイサービス トータルリハセンター蒲田	〒144-0052 東京都大田区蒲田4丁目39-1 ステラⅡ1階 電話:03-5714-0556 FAX:03-5714-0557
-----------------------------	--

事務欄	受付担当者	見学日	申込日	診断書	面接日	契約書	利用開始日	備 考