

# 介護老人保健施設めぐみ デイケア申し込み書

お申し込み日	平成 年 月 日		
ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)
ご利用者様氏名		性別	男・女
ご住所		電話番号	
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 更新中・区分変更中・新規申請中		
有効期限	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 更新申請・区分変更申請等 申請日 平成 年 月 日頃		
障害高齢者日常生活自立度 自立 J1J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
かかりつけ医療機関		主治医氏名	

担当ケアマネージャー			
事業所名		電話番号	

ふりがな		続柄	
申し込み代理者		電話番号	自宅 携帯
ご住所			

利用手続き等でのご連絡先				
第1連絡先	ふりがな	続柄		電話番号
	氏名			携帯番号
	住所			勤務先/電話番号
第2連絡先	ふりがな	続柄		電話番号
	氏名			携帯番号
	住所			勤務先/電話番号
第3連絡先	ふりがな	続柄		電話番号
	氏名			携帯番号
	住所			勤務先/電話番号

希望日		送迎	
月 火 水 木 金 土 曜日希望なし		一般	リフト
利用目的		リハビリ目的	
リハビリ・入浴・閉じこもり防止・介護休養・他者との交流		下肢筋力強化 起き上がり・立ち上がり動作等の安定 集団レクリエーション 歩行の安定 ADL向上 言語	

\*裏面もご記入下さい。

・利用に至った経緯やデイケアを希望する理由をご記入下さい:


病歴(診断された年月日と医療機関もご記入ください)

病名	年月日	医療機関
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

① デイケアをご利用するにあたり医療・介護・栄養・リハビリ、施設生活のご不安な点や希望、要望をご記入下さい

・医療:

--

・介護:

--

・栄養:

--

・リハビリ:

--

・デイケアの希望・要望:

・ご利用者様:

--

・ご家族様:

--