

# 日本橋地域在宅サービスステーション デイサービス利用申し込み書

居宅支援事業所名	担当ケアマネジャー	事業所連絡先TEL
利用者及び家族のサービス希望理由		医療情報 病名、主治医 他

※ 利用者の氏名、、連絡先、他 介護保険区分情報は、サービス利用確定時に別途、伺います。

利用者情報	居宅の住所		利用希望曜日	利用希望時間		性別	年齢	お試しの有無	
	～								
希望サービス	入浴	昼食の有無	送迎	医療処置	服薬管理	介護区分	既存利用サービス	既存利用サービス	既存利用サービス
利用者身体情報	洗身能力	持ち物管理	更衣能力	排泄能力	立位保持	立ち上がり	座位保持	食事摂取	食物アレルギー
	主食	副食	水分摂取	視力	聴力	日課の理解	日常の意思決定	性格	移動能力
	社交性	口腔清潔	日常生活自立度	認知機能自立度	服薬	買い物	意思の伝達	収入	金銭管理



**FAX 06-6630-3336**