

デイサービスあいぜん体験利用依頼書

FAX 06-6586-6248

依頼日: 令和 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生
住所			電話	
要介護度	要支援 ( ) ・ 要介護 ( )		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
被保険者番号				
希望サービス	・ 入浴 (一般浴 ・ 特殊浴) ・ 送迎 (片道 往復) ・ 食事 (あり ・ なし)		希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
			利用時間	
家族構成	独居 ・ 家族と同居 【夫婦世帯 ・ 親族( )と同居】 ・ その他( )			
介護者	続柄( )		連絡先	
希望理由	利用者			
	介護者			
かかりつけ医			住所	
病院名	( )科		電話	
疾患・既往歴				
投薬	有・無	投薬内容	特記	
A D L	食事	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	排泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	入浴	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	更衣	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
	移動	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立		
麻痺	有・無	部位 : 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ その他( )		
日常生活自立度	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	
負担割合	・ 一般 ( 1割 2割 3割 )		・ 生活保護(担当CW: )	
居宅介護支援事業所	事業所名		電話	
	担当者		FAX	
特記事項				