

日本橋地域在宅サービスステーション体験利用依頼書

FAX 06-6630-3336

(デイサービス)

依頼日：令和 年 月 日

利用者	フリガナ			明治・大正・昭和
	氏名		男・女	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				