

【 通所介護利用受付票 】 申込日 年 月 日 / 記入者:

氏名:	男・女	M・T・S	年 月 日 生 歳
住所:	電話		
介護者氏名:	歳, 本人との続柄		
介護者住所:	電話		
緊急連絡先:			
利用目的や要望等	〔希望日〕週 回: 月 火 水 木 金 土 いつでも良い		
	〔送迎〕利用する(ドアツードアの希望 有・無/持参:車椅子・歩行器)・しない		
<病名>	<障害>	身障手帳 (種 級)	
<病歴>	<心身の状況>	日常生活自立度( )	
<認知症状>	有・無	診断名(診断年月日)...	認知症度( )
診断した医療機関.....			
* 主な症状(例:記憶障害 もの忘れ 外出して迷う 徘徊 暴言 幻覚 落ち着きがない 等具体的に)			
主治医	病院名:	医師名:	
	住所:	電話:	
通院状況	(医師からの注意事項, 服薬状況, 他を受診先 等を含む)		
家族構成と介護状況	<input type="radio"/>	・ 主な介護者:	(本人との続柄: )
	<input type="checkbox"/>	・ 補助的介護者:	(本人との続柄: )
	<input type="checkbox"/>	・ 介護の具体的な状況 等	
被保番号:	／要介護度:	／認定日: 年 月 日	<特記事項;生活保護受給の有無など>
認定の有効期間:	年 月 日~	年 月 日 単位	
居宅サービスの有効期間	年 月 日~	年 月 日	
<<変更>>			
減額認定: 通所(該当・非該当) 訪問介護(該当・非該当) 訪問看護(該当・非該当)			
居宅介護支援事業所:			介護支援専門員

