

医療法人社団やまびこ 新横浜整形外科リウマチ科 デイサービス ご利用申込書

医療法人社団やまびこ  
 新横浜整形外科リウマチ科 デイサービス宛  
 【介護保険事業所番号1470904119】  
 FAX:045-620-7463

申込者氏名 続柄( )  
 住所  
 TEL

(フリガナ) 本人氏名			性別 男・女	生年月日 19 年 月 日 ( 歳)				
住所	〒							
連絡先	自宅		携帯					
緊急 連絡先	(フリガナ) 氏名							
	住所	〒						
	連絡先	自宅		携帯				
居宅介護支援事業所名			支援 1・2 申請中					
担当介護支援専門員			介護 1・2・3・4・5					
電話			FAX					
認定日			年 月 日					
主治医	病院名		医師名					
	診療科		連絡先					
身障者手帳 有・無		等級 級 ( 障害)		認定日 年 月 日				
病歴 (現病含む)	疾患名		発症年月		症状等 留意事項			
	-----		-----					
	-----		-----					
	-----		-----					
	-----		-----					
	-----		-----					
服薬状況	有 無		感染症の有無	無 有	肝炎 ( B型 C型 ) HIV その他( )			
身長・体重	cm kg							
ADL状況	移動	屋外自立 (杖 有・無) 屋内自立 (杖 有・無)		見守り	要介助	車椅子	寝たきり	
	立位	可	支えがあれば可	介助で可	不可			
	座位	可	支えがあれば可	介助で可	不可			
	排泄	自立	見守り	誘導	要介助	要おむつ交換		
	入浴	浴槽	シャワー浴		自立	一部介助	全介助	
	食事	自立	一部介助	全介助	補助具の使用	有 無	嚥下障害	有 無
利用希望日		月	火	水	木	金	土	ご希望回数
	AM							週 回
	PM							