

利用申込書（アネシス御影 デイケアサービス）

当てはまる□に✓を入れ、洩れなく記入ください。いただいた個人情報をご利用者様の処遇に関すること以外には、利用いたしません。

				記入日	年	月	日
利用者	ふりがな	性別		M			
	氏名	男・女		生年月日	年	月	日
	住所	〒					歳
	ふりがな	〒					
	申込者氏名	続柄 ()	申込者住所	連絡先 ☎	()		
	希望サービス	曜日	☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土				
		食事	☐あり ☐なし ☑送迎 ☐迎え ☐送り ☐その他 ()				
		入浴	☐あり ☐なし 入浴の実施状況 (・自宅にて 回/週 ・その他 回/週 (利用サービス))				
	希望理由 (コード)						
	主な疾患名及び病状 (介護が必要になった原因疾患についてご記入ください)						
病名	①			年	月		☐手術した
	②		発症時期	年	月		☐手術した
	③			年	月		☐手術した
保険種別	☐国保 (本人・家族)		☐身体障害者手帳 (無・有 級) 障害名 ()				
収入状況	☐社保 (本人・家族)		☐生活保護 (担当課名 担当者名)				
	☐年金種別 (国民年金・厚生年金・共済年金・その他年金) 総額月額		円程度				
要介護度	申請中・要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅介護支援事業所	事業所名	()		担当ケアマネジャー名	(担当開始時期: 年 月から)		
主治医連絡先	医院名	()		担当医師名	(担当開始時期: 年 月から)		
現在の状況	☐家族と同居 (同居中の家族の続柄、年齢を記入してください)		家		続柄	年齢	
	☐独居 (近隣に支援できる者の有無 有 (続柄) ・ 無)		族			歳代	
	☐その他 (入院中・入所中: 期間 年 月 ~ 年 月 日 退院・退所予定)		情			歳代	
医療・介護に関するサービス利用の状況、1週間のスケジュールをご記入ください。							
サービス利用状況	月	木	日	その他、月間のご予定など			
	火	金					
	水	土					
住宅状況	○一戸建て・マンション・ハイツ (階)		●その他、住環境や送迎情報 (ご自宅前、周辺的环境など) について 図などで補足ください。				
	○エレベーター 有・無 (不停止階該当 有・無)						
	○玄関、エントランスまでの階段や段差 有・無						
	○トイレ (和式・洋式・ポータブル)						
	○移動方法 (歩行・車椅子)						
○歩行補助具 (杖・歩行器・シルバーカー)							
☆利用日、送迎時間に家族の在宅送出し 有・無							
無の場合 (☐ご自身で施錠可能・☐ヘルパー等送出し)							

介護老人保健施設 アネシス御影 (社会福祉法人甲有会)

〒658-0045 神戸市東灘区御影石町1-1-32

☎ (デイケア直通) 078-811-1170

Fax (アネシス御影代表) 078-811-2777

✉ (デイサービス) anesis-mikage-dc@kouyukai.jp

【施設使用欄】

申込受付日 年 月 日

書類確認 ☐利用申込書 ☐家族情報提供書
☐保険者証コピー ☐診療情報提供書

判定会議 ☐利用可 (開始時期 月 日頃)

結果 ☐利用不可 (不可理由を裏面に記録のこと)