

# 利用申込書 (デイサービス)

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  | T              | 年               | 月  | 日     |   |   |   |   |   |
|  |  |            | S   |                |                 |    | 歳     |   |   |   |   |   |
|  | 住所                                     | 〒          |   | 電話: ( )        |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | ふりがな                                   | 申込者住所      | 〒   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | 申込者氏名                                  | 続柄 ( )     | 連絡先 ☎   | ( )            |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | 希望サービス                                 | 曜日         | □月 □火 □水 □木 □金                                |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  |  | 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) |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
| 病名                                     | 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)   |            |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | ①                                      |            | 発症時期  | 年              | 月               | 日  | □手術した |   |   |   |   |   |
|  | ②                                      |            |   | 年              | 月               | 日  | □手術した |   |   |   |   |   |
|  | ③                                      |            |   | 年              | 月               | 日  | □手術した |   |   |   |   |   |
| 保険種別<br>収入状況                           | □国保 (本人・家族)                            |            | □身体障害者手帳 (無・有 級) 障害名 ( )                      |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | □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 |
| 居室介護<br>事業所<br>主治医<br>連絡先              | 事業所名                                   | ( )        |   | 担当<br>ケアマネジャー名 | (担当開始時期: 年 月から) |    |       |   |   |   |   |   |
|  | 医院名                                    | ( )        |   | 担当医師名          | (担当開始時期: 年 月から) |    |       |   |   |   |   |   |
| 現在の<br>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<br>利用状況                           | 月                                      | 木          |   | 日              |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | 火                                      | 金          |   | その他、月間のご予定など   |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | 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、周辺環境など) 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)             |  |            |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
| 当施設を<br>知ったきっかけ                        | □紹介された (紹介機関 紹介者名 )                    |            |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | □甲有会内の他施設を利用していた (利用施設名 )              |            |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |
|  | □ご自身で調べた (近隣にお住まい・インターネット・その他 )        |            |   |                |                 |    |       |   |   |   |   |   |

介護老人福祉施設エクレ小束台 (社会福祉法人甲有会)  
〒655-0008 神戸市垂水区小束台868-1134

☎ (デイサービス直通) 078-794-2710  
Fax (エクレ小束台代表) 078-794-2800  
✉ (デイサービス) ecle-ds@kouyukai.jp

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| 【施設使用欄】    |                       |
| 申込受付日      | 年 月 日                 |
| 書類確認       | □利用申込書                |
|            | □保険者証コピー □診療情報提供書     |
| 判定会議<br>結果 | □利用可 (開始時期 月 日頃)      |
|            | □利用不可 (不可理由を裏面に記録のこと) |