

利用（体験）申込書 ロココ豊中デイサービス

☆当てはまる□にはレを入れて下さい。以下の個人情報をご利用者の処遇に関する以外に利用いたしません。

	記入日	20	年	月	日
ふりがな	性別	T・S		年	年齢
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	(19	年)	
住所		月	日生	歳	
体験希望	20	年	月	日 ()	体験希望
利用希望	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜	☆入浴状況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 訪問
介護区分	申請中・要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	有効期限	年	月	日～
			年	月	日

☆利用希望の理由・利用時の留意点など・・・

※主な疾患名および病状（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	発症時期	病名	発症時期
	年 月		年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月

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

※お薬手帳または処方内容のコピーを添付または転記してください。

お薬情報	内服薬	食前・食後・食間	外用薬	軟膏
	昼食	食前・食後・食間		湿布
居宅介護	事業所		目薬等	
支援	TEL	FAX	携帯	
事業所				
主治医	病院名	診療科	担当医	TEL
連絡先				

現在の状況

家族と同居（息子 娘 息子家族 娘家族 他 ）

独居（近隣に支援できる者の有無 有 [氏名 続柄]・無）

その他（入院中 入所中 [退院・退所予定：20 年 月 日] 他 ）

ご家族氏名	続柄	TEL	備考	住宅情報
				<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> ハイツ
				エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				玄関までの段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

☆利用日、送迎時間に家族の在宅送出し 有・無

無の場合（ご自身での施設可能・ヘルパー等送出し、迎入れ） 歩行器 杖 独歩

▼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	月	木	日
利用状況	火	金	日間予定など・・・
	水	土	