

# 新規依頼申込書

高齢者

身障者

訪問入浴

\*いずれかに○印  
をお願いします

平成

年

月

日

( )

事業所名	習志野玲光苑 習志野市立東部デイサービスセンター
担当者名	住所 〒275-0004 習志野市屋敷4-6-6
電話	電話 : 047-493-8021
FAX	FAX : 047-493-8020 担当者< >

いつもお世話になっております。

少しでも早くご利用していただくため、できる限りの情報提供をお願いいたします。

(住所)	(電話番号)
(フリガナ)	
(氏名) 様 男・女	(生年月日) M・T・S 年 月 日 才
(障害者区分) 1・2・3・4・5・6	手帳 級 (身体・知的・精神)
(高齢者介護認定) 暫定・支1 2・介1 2 3 4 5	(世帯分類) 独居・日中独居・同居
(介護者氏名) 様 (続柄)	(電話番号)
(介護者住所)	(携帯番号)
⇒※緊急時連絡先は必ず記載をお願いいたします。	
(主治医氏名)	(病院名)
(主病・既往歴)	
(服薬)	
(感染症) 有・無	(感染症名)
(主治医意見書等特記事項)	
(移動) 自立歩行・杖歩行・介助歩行・車椅子	(送迎車乗り込み) ステップ乗車・リフト乗車
(排泄) 自立・一部介助・全介助	(パット・リハビリパンツ・オムツ)
(食事) 自立・一部介助・全介助 (食事形態) (主) 普通・粥 (副) 普通・粗刻み・刻み・小刻み・ミキサー	
(カロリー制限) 有・無 kcal	(塩分制限) 有・無 g (アレルギー) 有・無
(入浴) 一般浴・リフト浴・特浴	(更衣) 自立・一部介助・全介助
(認知症状・問題行動) 有・無	
(ケースワーカー特記事項・サービス提供時の注意点等)	
(利用者及び介護者の希望するサービス内容)	

<b>送 信</b> (送信日 月 日)	<b>家 族 構 成</b> (わかる範囲で結構です)
(サービス開始希望予定日) 月 日 (月・週 回)	本人=◎ 男=□ 女=○ 死亡=■● 年齢=( )
(希望曜日) 日・月・火・水・木・金・土	
(介護者との連絡可能な時間) いつでも可 曜日 時頃	
(介護者との連絡不可能な日時等) 曜日あるいは 月 日	
(送信記述)	