

◇薬師堂グループホームキミ見学・予約受け付け表

申込日平成 年 月 日  
 練馬区富士見台4-4-18  
 TEL 03 (3577) 8767 FAX 03 (3577) 8769  
 事業所番号 1392000319

介護保険番号		23.12.25改正		事業所番号		1392000319	
利用者	フリガナ					性別	男・女
	氏名	様				生年月日	明・大・昭・平
	住所					年	月 日
	TEL			FAX			
緊急連絡先	氏名			続柄	TEL		
	住所				携帯		
利用者の状況	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		送迎	有・無	入浴	有・無
	減額	有・無	負担者No.			受給者No.	
	適用年月日有効期限	平成 年 月 日～ 年 月 日					
	感染症	有	B型肝炎・C型肝炎・MRSA・緑膿菌・梅毒・疥癬・インフルエンザ予防接種				
		無	その他(練馬区高齢者健康診査結果があればお持ちください。)				
	障害老人の日常生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1
認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV
歩行	自立・一部介助・全介助			車イス・杖・シルバーカー			
食事	自立・一部介助・全介助			刻み・食物アレルギー( )義歯:一部 上下			
排泄	自立・一部介助・全介助			オムツ・カテーテル・時間排尿			
視力	普通・見えにくい・ほとんど見えない・見えない						
聴覚	普通・聞こえにくい・かなり大きい声・聞こえない・補聴器						
趣味				以前の職業			
好きな物				苦手な物			
主治医	医療機関名					TEL	
	住所					主治医名	
事業所	名称					事業所No.	
	住所					担当	
	TEL			FAX			
備考	(利用希望の曜日・既往歴等)						