

申込日平成 年 月 日

東京都練馬区富士見台3-55-3

TEL 6915-9622 FAX 6915-9633

◇デイサービスみのる予約受付表

事業所No. 未定

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	有効期限	平成 年 月 日 ~ 年 月 日						
	要介護	1・2・3・4・5								
	生活保護	有・無	減額	有・無	受給者No.	負担者No.				
	感染症	有	B型肝炎・C型肝炎・MRSA・緑膿菌・梅毒・疥癬							
		無	その他()							
	障害老人の日常生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	歩行	自立・一部介助・全介助			車イス・杖 ()					
	食事	自立・一部介助・全介助			刻み ()					
	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・聞こえなし								
意思伝達	できる・ときどき・できない									
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							