

◇薬師堂グループホーム 澄 予約受付表

申込日令和 年 月 日

東京都練馬区向山1-14-16

TEL 5987-5666 FAX 5987-5667

事業所No. 1392000145

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	生保	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						
		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	

備考	(利用希望の曜日・既往歴 等)
----	-----------------