

ひかり病院 デイケアセンター 申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日		
フリガナ 氏 名		男	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
		女			
フリガナ 住 所	〒 - TEL () 駐車スペース 有 無				
フリガナ 緊急連絡先	本人との続柄 ()				
身体 状 況 に つ い て	歩 行	1. 独歩 2. 杖 3. 車椅子 4. 寝たきり			特別な医療 バルン 在宅酸素 胃瘻 人工肛門 インシュリン注射 気管切開 その他 ()
	食 事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
	排 泄	1. 自立 2. 時に失敗あり 3. 全介助			
	入 浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
	着 脱	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
	意思疎通	1. 良好 2. 可能 3. 不可			
	視 力	1. 良好 2. 可能 3. 不可			
	聴 力	1. 良好 2. 可能 4. 不可			
	認 知 症	1. 無 2. 有			
医 療 現 状 関	医療機関名		現病歴		
	TEL()				
	主治医名				
	既往歴				
受診の状況		通院・往診			
医師に(月		回ぐらい)かかっている			
家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	同居の有無	備考・連絡先 等
利用目的					
特記事項					
介 護 保 険	保険者番号	(担当居宅介護支援事業所名)			
	介護保険被保険者番号	事業所番号 TEL()			
	要介護状態区分				
	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	(担当ケアマネージャー)		
最終退院日・初回介護認定日が3ヶ月以内の場合、日付を記載			退院日・認定日	年 月 日	