

# デイサービスセンター笑楽 ご利用申込書

ご利用者情報		申し込み日	H 年 月 日	利用開始日	H 年 月 日
フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日( 才)
氏名				住所	
性別	男・女	電話番号	( )	携帯電話	( )
被保険者番号				保険者番号	/ /
介護度	要支援・要介護( )	交付年月日	H 年 月 日	認定年月日	H 年 月 日
有効期間	H 年 月 日	～	H 年 月 日	プラン事業所 ケアマネ名	

## ご家族(主介護者)情報

フリガナ			続柄		電話番号	( )
氏名			住所			
緊急連絡先	( )	続柄		緊急連絡先	( )	続柄

## ご利用者ADL・その他情報

利用希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日					週 日程度
送迎車両	福祉車両(施設の手椅子・個人の手椅子)・一般車両(ミニバン)・軽自動車・どれでも可					
送迎時留意点						
入浴の可否	有・無	注意点・希望・貼薬等				
食事	通常食・一口刻み	用具の使用	箸・スプーン・フォーク・自助具( )			
排泄	自立・一部介助	用具の使用	リハパン・パット・尿道カテーテル・その他( )			
主治医			医師名			診療科目
緊急受入病院			受診履歴	有・無	診療科目	
昼食後薬	有・無					
既往症					認知症の有無	有・無
					認知症高齢者自立度	
笑楽での希望・申し込み理由						