

カモミール 利用・体験申込書

送付先 FAX:048(884)9002 TEL:048(884)9001

ふりがな				性別	明治・大正・昭和			
利用希望者名				男・女	年	月	日生(歳)
ご住所				電話番号	()			
緊急時等の 連絡先	氏名	同居/別居	続柄	電話番号		その他		
		同・別						
		同・別						
介護保険情報	保険者							
	被保険者番号							
	認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日
	要介護区分	申請中()日申請)要支援1 要支援2 事業対象者 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5						
	在宅サービス減額	無・有・生活保護	負担割合	1割・2割・()				
既往歴								
かかりつけ医	病院名	医師名			連絡先			
身体機能・ 精神機能及び 日常動作	入浴	自立	一部	全介				
	排泄	自立	一部	全介	オムツ	リハパン	尿パッド	トイレ可
	食事	自立	一部	全介	箸	スプーン	フォーク	
	歩行	自立	一部	全介	杖	車椅子	補装具	
	視力	普通	弱視	全盲				
	聴力	普通	少し	難聴				
	言語	普通	やや	不自由				
	理解	普通	やや	困難				
	洗面	自立	一部	全介				
	着脱	自立	一部	全介				
	認知症	無	少し	有	(日常生活自立度 I・II・III・IV・M)			
	BPSD	無	有	(徘徊 失禁 介護への抵抗 収集癖 異食)				
	特別な医療	ペースメーカー(有・無) 人工透析(有・無) その他()						
利用希望日等	利用希望日	月・火・水・木・金・土						
	入浴	あり・なし (入浴のご提供は、利用契約後となります)						
	送迎	希望有	片道のみ希望(往路 復路)			希望無		
見学・体験等	希望形態	ご見学	半日体験	1日体験	送迎(往復 往路のみ 復路のみ 不要)			
	日時等	昼食希望(有料) なし・あり()人分						
その他 備考								
居宅介護 支援事業所	事業所名及び住所	指定番号						
		担当ケアマネ						
	電話番号	FAX番号						