



デイサービス きづきの日 サービス利用申込書

葛飾区指定 事業所番号：1392200869

FAX 03-5654-9915

1 依頼日・依頼者

依頼日 令和 年 月 日	居宅サービス事業所No	ケアマネージャー
居宅サービス事業所名	FAX	TEL

2 希望曜日・希望時間帯

曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金	時間帯 ☐ 午前 9:00~12:00 ☐ 午後 13:30~16:30
---	--

3 利用者様

ふりがな	性別 男・女	年齢（歳）
氏名	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	
住所 葛飾区		
電話番号	家族構成	
緊急連絡先① 氏名・続柄（キーパーソン）		電話
緊急連絡先② 氏名・続柄		電話

4 現在の療養状況

療養場所 ☐ 自宅療養中 ☐ 入院中 入院中（病院名）

5 本人の状況

移動 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	入浴 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 デイサービスでの入浴希望 ☐ 有 ☐ 無
移動手段 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 その他（ ）	
排泄 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	排泄用品 ☐ オムツ ☐ リハパンツ ☐ パッド
意思の伝達 ☐ できる ☐ とときどき伝達できる ☐ ほとんどできない ☐ できない	
認知症状 ☐ 無 ☐ 有 有（内容）	

6 診断名・既往歴

	その他
--	-----

7 保険

要介護度 ☐ 要支援Ⅰ ☐ 要支援Ⅱ ☐ 要介護Ⅰ ☐ 要介護Ⅱ ☐ 要介護Ⅲ ☐ 要介護Ⅳ ☐ 要介護Ⅴ ☐ 申請中
公費利用 ☐ 生活保護支給 ☐ その他 その他（ ）

8 医療機関

病院名	主治医	電話番号
-----	-----	------