

ききょうデイサービスWESTでは、お迎えからお送りまで、一日無料体験を実施中です。

(お弁当代の自己負担分の600円は必要です)

下記の内容について、ご記入の上、電話またはFAXにてご利用ください。

御事業所名		ご担当者		
ふりがな	生年月日			
利用者様名	明治・大正・昭和 年 月 日			
住所	電話番号			
	() -			
	() -			
保険者名	保険者番号	介護保険の被保険者番号		
有効期限	認定有効期限			
令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
要介護状態区分				
要支援	1	2	要介護	1 2 3 4 5
ふりがな	電話番号			
ご家族様名	() -			
住所	緊急連絡先			
	() -			
既往・現状疾患	薬について			
	朝 昼 夜			
利用者様情報				
1	車椅子を要する	はい	いいえ	
2	車椅子を持っている	はい	いいえ	
3	杖・歩行器を要する	はい	いいえ	
4	歩行ができる	はい	いいえ	
5	座位ができる	はい	いいえ	
6	立位がとれる	はい	いいえ	
7	麻痺がある	はい	いいえ	
8	一般車両対応である	はい	いいえ	
9	脱衣・着衣ができる	はい	いいえ	
10	尿・便の自発がある	はい	いいえ	
11	認知症がある	はい	いいえ	
12	普通食である	はい	いいえ	
13	自食ができる	はい	いいえ	
14	自歯である	はい	いいえ	
15	視力を保持している	はい	いいえ	
16	聴力を保持している	はい	いいえ	
17	診断書を持っている	はい	いいえ	
利用上の留意点				

