



## すみよしクリニックデイサービスセンター 利用申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

ふりがな			
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 : 年 月 日生 (満 歳)	
利用者住所	〒 県 市・郡 番地の 電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )		
ふりがな			
家族・代理人氏名	続柄 ( )		
家族・代理人住所	〒 県 市・郡 番地の 電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )		
緊急連絡先	①氏名 続柄 ( ) 電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )		
	②氏名 続柄 ( ) 電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 ) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 )		
介護保険	認定市町村 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 有効期間 : 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
医療に関する事	・医療機関名 ( ) ・担当医師名 ( ) 【医療保険の状況】 <input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 手帳等( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 身障手帳 級、精神手帳 級、療育手帳 級		
現在の利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 週 ( ) 回(事業所名: ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 週 ( ) 回(事業所名: ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 ( ) 回(事業所名: ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 ( ) 回(事業所名: ) <input type="checkbox"/> 住宅改修箇所 ( ) 箇所(特記事項: ) <input type="checkbox"/> レンタル用品 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
居宅介護支援事業所	・事業所名 ( ) ・担当ケアマネジャー ( ) 電話番号 ( )		
利用目的及び理由			
利用にあたってのご希望や思い	本人:		
	家族:		
サービス開始希望日	平成 年 月 日頃 備考 ( )		
サービス利用希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 備考 ( )		
希望のサービス	送迎 ( <input type="checkbox"/> 事業所 ・ <input type="checkbox"/> 家族・代理人 ) 入浴 ( <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ) 宿泊 ( )		
その他特記事項			

※( )内等ご記入ください。また、当てはまる□にチェックを入れてください。

※介護保険居宅サービス用の診療情報提供書・健康診断書を添付して下さい。(6か月以内であれば、コピーでも可)