



狛江のいずみ 利用申込書

通所介護・認知症対応型

ご記入日 令和 年 月 日

ご利用予定の方 フリガナ	男 ・ 女	要介護度 1・2・3・4・5 申請中・区変中 日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
様		生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 自己負担2割 <input type="checkbox"/> その他 ()		
お住まい 〒 - 東京都狛江市 団地・マンション・アパート等建物名		
ご連絡先 ()		
ご家族様 お一人暮らし・ご夫婦のみ・ご家族と同居・その他 ()		
緊急連絡先等 お名前 続柄 () ご連絡先 () ご住所		
サービスについて ご利用希望日 月・火・水・木・金・土 (うち週 日)		
送迎…希望しない・希望する 歩行乗車・車椅子乗車 (車酔い あり・なし)		
入浴…希望しない・希望する 【拒否なし・あり】【 <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助】 ※留意事項等 ()		
食事…ご 飯⇒普通食・お 粥・ その他 () 【 <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助】 おかず⇒普通食・一口大・きざみ・その他 () ※留意事項 糖尿食・減塩食 g・水分制限 cc・その他 ()		
お体の状態について <input type="checkbox"/> 歩行時状態 自立・杖歩行・シルバーカー・つかまり歩行・手引き・車イス <input type="checkbox"/> 排泄状況 自立・一部介助・全介助 【使用物品】無し・リハパン・パット・テープ式 <input type="checkbox"/> 連絡事項有 ⇒麻痺(左・右 上肢・下肢)・聴力・視力・言語・感染症 <input type="checkbox"/> 認知症症状 軽度・中度・重度 【徘徊・異食・暴力行為・拒否・その他 ()】 【状態・留意事項・主となる既往等お知らせ下さい】		
ご担当介護支援専門員について ご法人名		ご連絡先 () ご担当者
<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 食事付き見学 希望 (希望日時 / AM・PM)		
~認知症対応型「デイプラス狛江のいずみあざれあ」については、下記のとおりとなります~ ※サービス提供時間は6時間以上7時間未満です。(サービス提供時間6時間45分) ※アセスメントシート等併せて頂戴できると幸いです ※入浴は1日5名程度 週2回までとさせていただきます。		