

デイサービスハーモニーの家 申込書(フェイスシート)

申込日 令和 年 月 日

ハーモニーの家 宛 (FAX 072-275-7112)

申込みの方	指定介護事業者番号					
	名 称					
	氏 名				TEL	— —
					FAX	— —
利用される方	フリガナ				性別	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏 名					男・女
	住 所 丁目		-			
被保険者番号				保険者名		生活保護 有 ・ 無
要介護状態区分		要支援 1 2 /		要介護 1 2 3 4 5		
認定年月日	令和 年 月 日	有効期間		平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日		
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	年 月				
認知症度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	年 月				
主介護者 連絡先	氏名 (続柄)			電話番号 — —		
	住所			携帯電話 — —		
医療機関名				既往症	年	
主治医氏名					月	
所 在 地					年	
電話番号	- -				月	
利用希望日	週 回利用	月 火 水 木 金 土 日	曜日の希望なし			
サービス提供	入浴加算	有 ・ 無	希望曜日			機能訓練加算 有 ・ 無
《ADL情報》						
移動動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 { 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車イス ・ その他 () }						
食事動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 {主食: ご飯 ・ 粥 ・ ミキサー }副食: 普通 ・ キザミ ・ ミキサー }						
食後薬: 有 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前) ・ 無 アレルギー等: 有 () ・ 無						
排泄動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 { パンツ ・ パッド ・ リハビリパンツ ・ オムツ }						
入浴動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 {個浴の跨り: 可 ・ 不可 } ・ シャワー浴						
感染症: 有 () ・ 無 HIV・ウイルス性肝炎等						
体験の希望日①		月 日	体験の希望日②		月 日	
備考						