

No.

通所・介護予防通所申込書

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター

受付日	年 月 日	事業所名	
判定日	年 月 日	担当ケアマネ名	

ふりがな		性別	男・女
通所者氏名		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話() -	
申込依頼者		続柄	
住所	〒	電話() -	
		携帯() -	

申込者の状況について○で印等を付けてください。

介護保険情報		要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)						
		認定の有効期間			日常生活			
		年	月	日	～	年	月	日
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助	全介助	
聴力	普通	やや難聴	難聴	食事				
言葉	普通	少し不自由	不自由	入浴				
褥瘡(床ずれ)	無	有(場所)		排泄				
おむつ	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		衣服着脱				
リハパン	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		起座				
徘徊	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		移動				
認知症の程度	軽度	中度	高度		杖・車椅子・歩行器・押し車			

傷病名と傷病歴をなるべく詳しくお書きください。(いつ、どのような病気で、どこの病院にかかりましたか)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

通所をご希望の理由は・・・	家族構成
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

※事業所記載欄

判定結果	可・否	利用開始予定日		利用曜日・時間	
提出添付書類	通りハ利用情報提供書・診療情報提供書・基本情報・その他()				
追加書類の有無	無・有()				