

通所利用申込書

様

(ケアマネージャー様用) FAX 令和 年 月 日

フリガナ ご氏名	年月日	M・T・S 年 月 日 歳
ご住所	〒	TEL
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日 平成 年 月 日 認定期間 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
負担割合	1割 2割 3割	
コミュニケーション	可能・一部可能・困難	
聴力	正常・やや聴き取り難い・難聴	補聴器(有・無)
視力	正常・やや見難い・全盲	眼鏡(有・無)
移動	自立・一部介助・全介助	独歩・杖・歩行器・車イス
食事	自立・一部介助・全介助	昼薬(有・無) 注意している事()
排泄	自立・一部介助・全介助	リハビリパンツ・オムツ(有・無) 注意している事()
認知症・認知症状 (困っている事等)	無・有()	
通所希望日	月・火・水・木・金・土	開始希望時期 月 日頃
申し込み理由	リハビリ希望(有・無)	入浴希望(有・無)(一般浴・機械浴)
体調面で 留意事項		
かかりつけ医		
事業所名		TEL
ご担当 ケアマネージャー	様	FAX
緊急のご連絡先	名前 様 続柄	TEL
	住所 〒	

介護老人保健施設 シルバーピア加賀
TEL 03-5248-2661
FAX 03-5248-2668