

訪問介護サービス申込書(兼 お客様情報用紙)

令和 年 月 日

| | | | |
|--|-----|-----------------------------------|----------------------|
| 事業者名 | | 事業者番号 | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | | TEL | FAX |
| ふりがな ご利用者氏名 | | 性別 男 / 女 | T / S 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | 〒 ー | 電話番号 | 氏名 |
| | 東京都 | | 緊急連絡先 電話番号 |
| 被保険者番号 | | 要介護状態区分 【要支援 1・2】 【要介護 1・2・3・4・5】 | |
| 生活保護受給の有無 有・無 | | 認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | |
| 家族状況 同居(有・無) | | 生活歴 | |
| 健康状況(既往、現病歴、服薬等) | | 医療機関名 | |
| 感染症(無・有) | | 主治医 | |
| 日常生活動作 ・生活状況(寝たきり 要介助 自立) ・認知症(重度 中度 軽度 無) ・食事(全介助 一部介助 見守り 自立) ・食事内容(とろみ 刻み 普通) | | 住所 TEL | |
| サービス区分 身体介護 / 生活援助 / 身体+生活 | | 希望曜日・時間帯 | |
| 援助目標 | | | |
| 希望サービス内容 | | | |

誠にお手数ですが、差し支えなければ介護被保険者証・負担割合証の写しの添付をお願い致します。

みずべの苑 訪問介護事業所

TEL : 03-3598-1500 FAX : 03-5941-6744