

居宅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	
担当相談支援専門員氏名		TEL FAX	
ふりがな ご利用者氏名		性別 男 / 女	年 月 日 生 歳
住所	〒 ー	電話番号	氏名
			緊急連絡先 電話番号
受給者証番号		地域支援サービス番号(移動支援)	
通所受給者証番号		障害区分 【 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 】	
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	
		主治医	
		住所	
		TEL	
感染症(無・有)			
日常生活動作 ・生活状況(寝たきり 要介助 自立) ・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)		・麻痺(左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 その他) ・視力(支障なし はっきり見えない ほとんど見えない) ・聴力(支障なし はっきり聞こえない ほとんど聞こえない) ・意思伝達(可能 どうか理解できる 困難)	
サービス内容			
希望曜日・時間帯			

誠にお手数ですが、差し支えなければ受給者証のコピー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