

利用受付票・フェイスシート

記入日 年 月 日

居宅支援事業所	
指定事業者番号	
TEL	
FAX	
担当ケアマネージャー	様

夢のみずうみ村新樹苑デイサービスセンター
 事業所番号： 1371211440
 〒156-0056
 東京都世田谷区八幡山3丁目18番27号
 TEL：03-6379-9822 / FAX：03-6379-9829

ふりがな		介護度	申請中
氏名	男・女		事業対象
			要支援 1 2
			要介護 1 2 3 4 5
生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)	被保険者番号	
住所	世帯 (独居・同居)	保険者	
		認定期間	
TEL		負担割合	1割 2割 3割 生保

現病名 (発症日)		【身体状況】 ・自立 ・一本杖 ・四点杖 ・歩行器 ・車椅子 (自操・介助)
既往歴 (発症日)		【食事】 ・自立 ・見守り ・一部介助 ・介助
		アレルギー (なし・あり→)
感染症	・なし	【排泄】 ・自立 ・誘導 ・見守り ・一部介助 ・介助
	・あり ()	使用品 (紙パンツ・パット・その他→)
		【意思伝達】 ・可 ・不可 ・失語症
		【認知症】 ・なし ・あり
		認知症高齢者日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
		障害高齢者日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
		入浴希望 ・なし ・あり

在宅・他事業所での様子、サービス利用にあたっての注意点	家族構成
その他備考	