

「利用」「体験」いずれかに
○をつけて下さい

利用申込書・体験申込書

年 月 日

利用希望事業所名		SPROUTデイサービス利楽OTA						
ご利用希望曜日		月 火 水 木 金	希望コース		AM(9:20~12:30) ・ PM(13:20~16:30) ・ 1日(9:20-15:30)			
体験希望日		年 月 日 ()		ご利用開始予定日		年 月 日 ()		
送迎希望 (体験の際でも送迎可能です)			あり ・ なし		※体験御利用時は食事・入浴の提供はございません			
居宅 ・ 包括	事業所				担当者			
	連絡先	TEL			FAX			
ご本人	ふりがな				生年月日		年 月 日	
	氏名		男 女		西暦・大・昭			歳
	住所				TEL			
	住居形態		一戸建て・集合住宅(エレベーター あり・なし) その他		同居状況		独居・配偶者・家族・その他	
連絡先	ふりがな				TEL			
	氏名							
	続柄		住所		ご本人と同じ・			
介護保険	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・V	
	保険申請		認定済 ・ 申請中 ・ 変更中	介護度		支1・支2 介護 1・2・3・4・5		
	被保険者番号				保険者番号		保険者	
	認定日				有効期限		～	
					負担割合		1割・2割・3割	
※介護保険証、負担割合証のコピーを頂ければ、ご記入は必要ございません。※								
フェ ー ス シ ー ト	A D L	移動	自立・見守・一部介助・全介助		歩行器具	杖 4点杖 歩行器 車椅子		
		麻痺	なし・あり(右・左) 装具(あり・なし)		食事	自立・見守・一部介助・全介助		
		排泄	自立・見守・一部介助・全介助		パンツ・リハビリパンツ・尿取りパット・おむつ			
		入浴	自立・見守・一部介助・全介助		意思疎通	普通・やや不良・不良		聴力
	ニーズ							
	体験に至った経緯							
特記事項		○※利用者情報だけ添付不要						
病 歴								
年 月 日	疾患名		医療機関		経過		備考	
・ ・					治療中・経観中 その他			
・ ・					治療中・経観中 その他			
・ ・					治療中・経観中 その他			
・ ・					治療中・経観中 その他			
・ ・					治療中・経観中 その他			
・ ・					治療中・経観中 その他			

FAX送付先 0276-25-0889 (送付状不要)