

サービス予約申込み票

社会福祉法人サンフレンズ和田ふれあいの家(事業所番号:1371503044)

申込み日 年 月 日

フリガナ 被保険者氏名	(男・女)	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住所	電話番号	
要介護度	要支援・要介護()/申請中	有効期間 年 月 日～年 月 日
公費	<input type="checkbox"/> あり ⇒ (生保・その他) <input type="checkbox"/> なし	
同居者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ ありの場合は氏名:	
フリガナ 主な介護者	(続柄)	
住所	電話番号	

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可(車椅子) / 自助具:		
食事 形態・制限等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
精神状況(認知症)	認知症(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) うつ傾向(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 徘徊(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
主疾患			
配慮すべき事柄			

希望サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護		
希望通所曜日	月・火・水・木・金・土 / 指定無し	希望通所回数	回/週
送迎	<input type="checkbox"/> 送迎希望あり ⇒ (<input type="checkbox"/> ステップ乗車可 <input type="checkbox"/> 車椅子のためリフト乗車必須) <input type="checkbox"/> 送迎希望なし		
入浴	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり 回/週 (<input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴)		
特記事項			

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名
地域包括支援センター名		
事業所番号		
住所		
電話:	()	FAX: ()

ご提供いただいた情報は通所介護サービスの提供の目的以外では使用しません。
 なお、サンフレンズでは個人情報保護規程に従って大切に保管し、同意なく第三者に提供することはありません。

社会福祉法人サンフレンズ 和田ふれあいの家 電話:3312-9556 FAX:3312-8800

Ver.1.0 2007/04/17