

サービス予約申込み票

社会福祉法人サンフレンズ松ノ木ふれあいの家(事業所番号:1371503069)

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	☐ あり⇒(生保・その他) ☐ なし		
同居者の有無	☐ あり ☐ 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	☐ 自立 ☐ 要見守り ☐ 介助 ☐ 不可(車椅子) / 自助具:		
食事	☐ 自立 ☐ 要見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
形態・制限等	☐ 普通食 ☐ 一口大 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()		
排泄	☐ 自立 ☐ 要見守り ☐ 一部介助() ☐ 全介助		
精神状況(認知症)	認知症(☐ あり ☐ なし) うつ傾向(☐ あり ☐ なし) 徘徊(☐ あり ☐ なし)		
主疾患			
配慮すべき事柄			

希望サービス	☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 介護予防通所介護	
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	☐ 送迎希望あり⇒(☐ ステップ乗車可 ☐ 車椅子のためリフト乗車必須) ☐ 送迎希望なし	
入浴	☐ 利用希望あり(希望曜日:) ☐ 利用希望なし	
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 松ノ木ふれあいの家 電話:3318-2660 FAX:3318-2661

Ver.1.0 2007/04/17