

笑美の郷 ご見学(ご利用)お申込みシート

事業所名					
電話	()	担当 ケアマネー ジャー			
FAX	()				

フリガナ		性別	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	
ご本人様		男 ・ 女		年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		電話	()	
主たる 介護 者		続柄	電話	()	
			携帯電話	()	
要介護度 自立度	事業対象者 要支援 1 2		ジェノ グラム		
	要介護 1 2 3 4 5 申請中				
	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	自立・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M				
利用開始 希望日	年 月 日から ※見学希望日 年 月 日 ()				
希望曜日	1週間に 回希望 月 火 水 木 金				
生活保護	無 ・ 有	障害者手帳	無 ・ 有 (手帳)	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
食事形態	常食・一口大・軟菜・ペースト・その他 ()		服 薬	無・食前薬・昼薬・その他	
送迎希望	特記事項:				
入浴希望	入浴 (リフト ・ 普通浴) 特記事項:				
疾病					
ADL	歩行: 自立 ・ 杖 ・ 押し車 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ()				
	排泄: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (パット・リハビリパンツ・おむつ) 尿意 (+ ・ -) 便意 (+ ・ -)				
	入浴: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 ()				
	食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () 禁食・治療食 ()				
感染症	無 ・ 有 B肝・C肝・MRSA・疥癬・その他 ()				
その他の 連絡事項					
現在利用中 のサービス					

通所介護事業所 笑美の郷

〒338-0815 さいたま市桜区五関753-1

TEL: 048-789-6878 FAX: 048-789-6879

担当: 永井・片桐