

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	様	男・女		年	月	日(歳)	
住所	〒 -		電話	()			
主たる 介護者	様	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・高澤