

らいおんクリニック押切(デイケア)受付票

記入日：平成 年 月 日

本人	フリガナ		生年月日					
	氏名	(男・女)	(M・T・S)	年	月	日	(歳)	
	住所〒			連絡先	TEL			
				携帯				
緊急 連絡先	フリガナ			区分	1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者			
	氏名				4. その他()			
	住所〒			連絡先	TEL			
				携帯				
介護保険	1. 申請中 2. 申請済み【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】							
事業所名			担当ケアマネージャー					
事業者番号			事業者住所					
TEL			FAX					
相談 内容								
医療 状況	病歴・病名(発症日)							
	主治医名			Dr.	病院名・診療科			
	住所			TEL				
生活 状況	移動			家族構成				
	排泄							
	入浴							
	認知症							
	コミュニケーション							
趣味・特技			キーパーソン:					
希望 日	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	午前の部: 9:30~12:40							/
	午後の部: 12:50~16:00							/
	1日の部: 9:30~16:00							/
利用曜日 (デイケア記載)	午前の部: 9:30~12:40							/
	午後の部: 12:50~16:00							/
	1日の部: 9:30~16:00							/
備考	負担割合 1割・2割 送迎時車椅子対応 希望 有・無							