

ゆうあいクリニック デイケアセンター 新規利用申込書				平成	年
ふりがな		性別	生年月日	年齢	
利用者氏名		男/女	M・T・S 年 月 日	才	
住所	〒 -		電話番号		
緊急連絡先	氏名 姓 名		家族構成 (キーパーソン)		
	住所				
	TEL				
介護保険情報	被保険者番号	要介護認定	認定日	認定有効期間	
			/	年 月 日 ~ 年 月 日	
ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名		電話番号		
	担当者		FAX番号		
かかりつけ医療機関	病院・医師・クリニック		常用薬		
	主治医	先生			
	電話番号				
現病歴 既往歴	年	(治療中・経過観察・治療)			
	年	(治療中・経過観察・治療)			
	年	(治療中・経過観察・治療)			
	年	(治療中・経過観察・治療)			
最終通院日	年 月 日 通院		備考		
生活状況 特記事項 その他	食事				
	排泄				
	清潔				
	更衣				
	睡眠				
	ADL度		自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・G1・G2		
喫煙		無 / 有 (本/日)			
趣味・習慣			コミュニケーション		
精神状況	痴呆自立度	正常・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M			
現状の問題点・課題					
リハビリ目標					
通所希望回数	回/週	希望曜日 いつでも可 月・火・水・木・金			
送迎希望	あり・なし	車椅子	あり・なし	入浴希望 あり (曜日) ・なし	
サービス利用開始希望日					
年 月 日		〒188-0004 東京都三鷹市新川4-25-18 医療法人社団 佳仁会 ゆうあいクリニック デイケアセンター TEL 0422-46-2213 FAX 0422-46-0055			