

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・医療・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 )			
最終退院日	年 月 日 退院		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・C1・C2		
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・ . . . a . b . . a . b . . 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		〒186-0004 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 0422-41-6611 FAX 0422-41-1122			