

\* コピーしてお使い下さい。

令和 年月日

ディサービス もんたろう  
埼玉県さいたま市緑区大門230-1

TEL:048-812-1811  
FAX:048-812-1822

## 利用申込書

支援事業所名:			ケアマネ名:		
TEL		FAX			事業所番号

利 用 者 様	フリガナ			男・女	生年月日	明治・大正・昭和
	氏名					年月日(歳)
	郵便番号	〒 -		自宅TEL	- - -	
	住所			緊急連絡先	- - -	
	要介護区分	要支援1・要支援2・要介護【1・2・3・4・5】				
	利用希望日	月・火・水・木・金・希望曜日無し				
	食事希望	有・無	入浴希望	有・無	送迎希望	有(行・帰)・無
	現病歴・既往歴					
	認知症高齢者の日常生活自立度/ 障害高齢者の日常生活自立度判定基準	※さいたま市より居宅サービス計画書記載事項であり、居宅介護事業所に開示請求するよう指導がありました。ご協力をお願い致します。 【I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M】 【J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2】 <b>● 医師の意見書よりご確認下さい。</b>				
	移動	自立・杖・手引き・車椅子(移乗可・移乗不可)				

入浴	自立・一部介助・全介助・リフト					
排泄	自立・一部介助・全介助(オムツ・リハパン・パンツ)				尿意 有・無	
A	食事	自立・一部介助・全介助	箸・スプーン・その他( )			
D		常食・粥・刻み食・ペースト・経管栄養				
L	食事制限	有・無・禁忌食( )				
情	感 染	有・無( ) MRSA( - + ) 疥癬( )				
報		<b>●医師の意見書にて確認の上ご記入願います。不明の場合はその旨申し出て下さい。</b>				
		<b>●さいたま市の方はさいたま市情報パスをご提示ください</b>				
褥瘡	有・無(部位: ) 大きさ: )					
麻痺	有・無( )					
視力	見える・見えにくい・見えない					
聽力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない					
認知	有・無 問題行動( )					
その他						

## 1日体験申し込み

体験希望日	令和 年 月 日 曜日			
送迎	有(迎え11:00 ~ 送り14:00前後)ご自宅でお待ち下さい・無			
食事	1食あたり900円(昼食・飲み物込み) * 当日、食事代を現金でお支払願います。			
機能訓練	有・無	入浴	体験の入浴はご遠慮頂いております。	
付き添い	有( )・無			
当日の持ち物	★上履き(サンダル、スリッパ不可。かかとのある履物に限る。) ★食事代(現金でお支払願います。)			