

平成 年 月 日

通所介護及び介護予防通所介護

利 用 申 込 書

デイサービスぬくもり山王

		利用申込者	印
フリガナ		生年月日	性別
利用者名		明・大・昭 年 月 日	歳 男・女
住 所		TEL	
主・介護者		続柄	
利用の目的			
緊急連絡先	①	TEL	
	②	TEL	

介 護 度	申請中 要支援 要介護 ( )			有効期限	～
プラン事業者				ケアマネ名	
主 治 医				緊急受入病院	
利用希望日	1	2	3	曜日	利用開始日 H 年 月 日から
歩行レベル				参加意欲	積極的・普通・消極的
食 事	常食・粥・刻み	嫌い ( )		排泄	自立・オムツ ( )
送り出し	可・不可	施錠	有・無	車酔い	有・無
昼食時与薬					
既 往 歴					

利用者の希望によるサービス提供 (該当箇所にご記入ください)	
〔小規模型通所介護〕	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 栄養改善加算
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算
〔予防通所介護〕	
<input type="checkbox"/> アクティビティ加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (要支援1・要支援2) <input type="checkbox"/> 栄養改善加算
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算 <input type="checkbox"/> 事業所評価加算