

サービス利用・見学申込書

ジョイリハ

担当CM様	事業所番号		申込日	平成	年	月	日
	事業所名		ご担当様				様
	住所						
	電話番号	()	FAX番号	()			

ご利用者様	ふりがな		性別	(男 ・ 女)			
	氏名	様	生年月日	(明・大・昭)	年	月	日
	住所						
	電話番号	()	年齢	歳			

緊急連絡先	ふりがな		続柄				
	氏名	様	電話番号	()			
	住所						

世帯構成	(同居・独居)	同居者と緊急連絡先が違う場合の氏名等：
------	---------	---------------------

介護保険	被保険者番号		保険者名				
	要介護認定区分	(支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5)					
	有効期限	年	月	日	～	年	月

生活保護	(あり ・ なし)	担当CW	様				
------	-------------	------	---	--	--	--	--

医療情報	医療機関名		診療科目				
	電話番号		主治医				

ご利用者様情報	主な疾患名						
	身体面						
	移動：(一部介助 ・ 見守り ・ 自立) (補助具：)			食事：水分制限 (あり ・ なし) 義歯 (あり ・ なし) 排泄： (介助 ・ 自立)			
	精神面						
	生活状況						
主治医の先生からのご意見			運動にあたり注意すべき事項				
運動することについて：(許可 ・ 不可)			(高血圧 ・ 低血圧 ・ 脈拍 ・ 呼吸数 ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患) (神経障害 ・ 骨(骨粗鬆症等) ・ 発作 ・ 内臓疾患(血糖値等)) (関節疾患 ・ 薬の副作用 ・ 関節可動域)				
禁止動作： ()							

備考 (ご希望 注意点等)	送迎希望 (あり ・ なし) ※車椅子不可
---------------------	-------------------------