

# ◇小規模多機能ホーム薬師堂予約受付表

申込日平成 年 月 日

東京都練馬区向山1-14-16

TEL 5987-5666 FAX 5987-5667

事業所No. 1392000137

利用者	フリガナ			性別	男・女
	氏名	様		生年月日	明・大・昭・平
	住所			年	月 日
	TEL		FAX		
緊急連絡先	氏名		続柄	TEL	
	住所			携帯	

利用者の状況	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	送迎	有・無	入浴	有・無	生保	有・無		
	減額	有・無	負担者No.			受給者No.				
	適用年月日有効期限	平成 年 月 日～ 年 月 日								
	感染症	有 無	B型肝炎・C型肝炎・MRSA・緑膿菌・梅毒・疥癬 その他( )							
	障害老人の日常生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	

歩行	自立・一部介助・全介助	車イス・杖
食事	自立・一部介助・全介助	刻み
排泄	自立・一部介助・全介助	オムツ・カテーテル・時間排尿
視力	普通・見えにくい・ほとんど見えない・見えない	
聴覚	普通・聞こえにくい・かなり大きい声・聞こえない	

主治医	医療機関名		TEL	
	住所		主治医名	

事業所	名称		事業所No.	
	住所		担当	
	TEL		FAX	

備考	(利用希望の曜日・既往歴 等)
----	-----------------