

◇小規模多機能ホーム薬師堂ふじみ予約受付表

申込日平成 年 月 日  
 練馬区富士見台4-4-18  
 TEL 03 (3577) 8768 FAX 03 (3577) 8769  
 事業所番号 1392000301

介護保険番号		23.12.25改正		事業所番号 1392000301						
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	B型肝炎・C型肝炎・MRSA・緑膿菌・梅毒・疥癬・インフルエンザ予防接種							
		無	その他(練馬区高齢者健康診査結果があればお持ちください。)							
	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・シルバーカー						
食事	自立・一部介助・全介助			刻み・食物アレルギー( )義歯:一部 上下						
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・補聴器									
趣味				以前の職業						
好きな物				苦手な物						
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)									