

ゆらり東池袋 利 用 申 込 書

被保険者番号									要支援・要介護区分
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								要支援 1・2 要介護()
交付年月日	平成 年 月 日				認定年月日		平成 年 月 日		
事業所届出年月日	平成 年 月 日								

被 保 険 者	フリガナ 氏名		性別	生年月日	
			印	M T S 年 月 日 (歳)	
	住所 〒 -		TEL ()		
			FAX ()		
	生活保護 有・無	各種手帳等 有()・無			
緊 急 連 絡 先	フリガナ 氏名		続柄		
	住所 〒 -		TEL ()		
			FAX ()		
			携帯 ()		

支 援 事 業 者	フリガナ 支援事業者名		担当ケアマネ
	住所 〒 -		TEL ()
			FAX ()

ADL状況			
意思疎通	問題なし・やや困難()		補聴器 無・有(右・左)
移動	自立・見守り・一部介助()		独歩・杖・歩行器・車椅子
麻痺	上肢 全・右・左	下肢 全・右・左	
認知症	有()・無		
平常時血圧	/ () 運動の可否について		
その他			

医療状況	
医療機関名	① 病院 科 (主治医 TEL ()
	② 病院 科 (主治医 TEL ()
緊急搬送先	病院 TEL ()
既往歴 または 現病歴	高血圧・脳卒中・狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈(ペースメーカー含む) その他の循環器疾患(弁膜症など)・糖尿病・脂質異常症(高コレステロール・高中性脂肪含む)・骨粗鬆症 その他の病気()

ご希望の利用日に○印をお願いします。

		月	火	水	木	金	土	日
要 支 援	10:00~11:30							
	13:50~15:20							
要 介 護	13:50~17:00							

※ 送迎をご希望の場合には、曜日・時間の調整をお願いする場合がございます。

ゆらり東池袋 記入欄	
訪問日時	
見学日時	
初回利用日	
備 考	

※ ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、お気軽に生活相談員までお問い合わせください。