

ご利用・ご見学（自走・送迎）申込書

令和 年 月 日
 医療法人社団 医優会 in LEAF
 TEL 045-717-6205
 FAX 045-717-6206

ご利用者	フリガナ		生年月日							
	氏名		年	月	日生まれ (歳)					
ご家族連絡先	住所〒		電話番号(自宅)							
	氏名		ご家族(自宅)							
	続柄()		-	-						
	住所〒		ご家族(携帯)							
	-		-							
介護保険被保険者番号										
要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	
認定の有効期間		R	年	月	日	から	R	年	月	日
かかりつけの医療機関			(医療機関名)							
			(担当医)							
			TEL - -							
現病・既往歴など										
現在の状況										
視力	【左・右】【支障あり・なし】									
聴力	【左・右】【支障あり・なし】									
言語	【可・少し不自由・不自由・不可】			【構音障害・失語症】						
話の理解	【可・なんとか可・不可】									
認知症	【重度・中等度・軽度・なし】									
高次脳機能	【失認・失行】									
義歯	【上のみ・下のみ・全・なし】									
睡眠	【良好・普通・不良】			眠剤【有・無】						
麻痺	【有・無】									
拘縮	【有・無】									
移動	室内：	【自立・一部介助・全介助】								
	屋外：	【自立・一部介助・全介助】								
食事	【自立・一部介助・全介助】									
トイレ	【自立・一部介助・全介助】									
感染症	【有・無】									
その他・特記事項等										
利用希望曜日		月	火	水	木	金	土			
希望の曜日・時間帯に○をお願いします。	AM									
	PM									
その他要望等										
居宅介護支援事業所						TEL：	-	-		
担当ケアマネージャー						FAX：	-	-		

