通 所 介 護 申 込 書

申込日　　年　　月　　日

ご利用者	ふりがな		生年月日	大正 ・ 昭和 年　　月　　日（　　歳）
	氏名	様		
	住所	〒 TEL　　FAX		
ご家族様 緊急連絡先	ふりがな		利用者との関係・続柄	
	氏名			
	住所	〒 TEL　　携帯電話		

要介護度	要支援（1 ・ 2 ） 要介護（1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5） ※申請中（ 更新 ・ 区分変更 ・ 新規 ）		
介護認定有効期間	年　　月　　日 から 年　　月　　日 まで	被保険者番号	
介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
利用希望曜日	月　火　水　木　金	希望利用回数	週　　回
入浴希望	有 ・ 無	歩行状況	自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 車への昇降可能（ 可 ・ 否 ）
家族状況	同 居（　　） 独 居	住居状況	戸建住宅 集合住宅の　　階 （エレベーター　有 ・ 無 ）
医療・生活歴	医療行為　無 ・ 有 バルーン ・ インスリン ・ 酸素 ・ 胃瘻 ・ストマー 褥瘡（ 部位 ：　　）・ その他（　　） 障害　（無 ・ 有）　言語 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 麻痺（右上肢・左上肢・右下肢・左下肢） 認知症（無 ・ 有）軽度 ・中度 ・重度　※認知症自立度：（Ⅰ ・Ⅱ ・Ⅲ ・Ⅳ ・Ⅴ ）		
利用目的			
居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	様
事業所住所	〒 TEL　　FAX		
事業所名	通所介護施設　カノン三鷹	事業者番号	
住　所	〒181-0002 東京都三鷹市牟礼 3-8-16	担当	
ＴＥＬ	0422-24-3064	ＦＡＸ	0422-46-2717