

# デイサービスりらく 利用依頼書

平成 年 月 日

依頼者	①居宅介護支援事業所	指定事業所番号 事業所名 住所 ご担当者氏名 電話 ( ) FAX ( )
	②ご家族・本人	申込者氏名 電話 ( ) FAX ( )

利用者	ふりがな	性別	男・女			
	名前	生年月日	明・大・昭	年	月 日( 歳)	
	住所 丁目	区				
	電話番号	( )	生活保護	有・無		
	保険等情報	被保険者番号				
		受給者番号				
	要介護度	要支援1 2 / 要介護 1 2 3 4 5	障害区分	1 2 3 4 5 6		
	認定年月日	平成 年 月 日	保険者			
	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	生保	負担者番号				
受給者番号						
公費	負担者番号					
	受給者番号					

緊急連絡先	連絡先氏名	続柄	利用者本人・ご家族・その他( )
		電話番号	( )
	住所 丁目		

主治医:	科 氏名:	住所:
医療機関名:		連絡先:
疾患名・既往歴:		
利用者の身体状況 (該当する箇所) をつけてください)	歩行【自立・介助必要・見守り・杖・シルバーカー・他( )】	
	立位【自立・見守り付き添い・杖手すり等で可能・他( )】	
	会話【普通・少し難・大きく難・不可・補聴器(有・無)・他( )】	
	排泄【全介助・一部介助・自立】	尿意【有・無】
	着脱【全介助・一部介助・自立】	認知症【有・無】
その他【 】		

ご利用のご希望 (午前9:00-12:15 午後13:15-16:30)	週 回 曜日の希望 無・有→ 月(午前・午後)・火(午前・午後) 水(午前・午後)・木(午前・午後)・金(午前・午後)
利用開始日: 月 日	送迎希望: 有・無

通所介護事業者番号:1371604446

※介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。

デイサービスりらく TEL:03(5956)1426 FAX:03(5956)1427