

介護サポート コンパス 通所介護・見学申込書・利用申込書

お申し込み日 令和 年 月 日

貴事業所名		TEL	
御担当者名		FAX	
フリガナ		利用・見学者 生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
利用・見学者 氏 名			
利用・見学者 住 所		利用・見学者 TEL	

<介護保険情報>

被保険者番号		認定区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	認定日	年 月 日	
サービス利用状況	有 () 無			
生活保護	受給あり ・ 受給なし			

<主治医情報>

医療機関名		主治医名	
-------	--	------	--

<既往歴・現病歴情報>

病 歴	病 名	発 症 年 月 日	治 療 内 容
既 往 歴			
現 病 歴			

<家族情報>

主介護者名	続柄 < >		
住所・電話	住所：	電話：	

<ご希望曜日・身体状況>

利用希望日	月 火 水 木 金 土					
利用希望時間帯						
入浴希望	有 ・ 無 *週3回以内で希望曜日をご設定下さい。()					
移動・歩行状況 (補助具)	1 自立 2 一部介助 3 全介助 (1.杖 2.シルバーカー 3.車いす)					
食事状況	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 制限等 有 () 無					
	主食 1 普通 2 おかゆ 3 その他					
	副食 1 普通 2 刻み 3 ミキサー 4 その他					
排泄状況	1 自立 2 一部介助 3 全介助					
	オムツ使用 1 無 2 有 (リハビリパンツ・テープ式オムツ)					
入浴状況	1 自立 2 一部介助 3 全介助					
認知症	1 有 () 2 無					

ケアマネジャー様より申し送り事項

住所：東京都江戸川区東葛西6-29-17

指定事業者番号 1372302396

TEL：03-3688-6887

FAX：03-3688-1998