

## 新規依頼票 ( デイケア見学 ・ デイケア体験 ・ デイケア利用契約 )

第一希望	曜日	:	~	:
第二希望	曜日	:	~	:
第三希望	曜日	:	~	:

わかる範囲でご記入をお願いします。FAXが届きましたらご連絡させていただきます。

ご依頼者		患者さまとの関係	
所属機関名		連絡先電話番号	

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	西暦 年 月 日 ( 歳)

住所	〒	家族構成
電話番号	自宅 :	
	携帯 :	

キーパーソン	氏名 :	続柄 :	電話 :
	同居 ・ 別居 ( 住所 : 〒 - )		

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 ( ) ( / 頃まで) <input type="checkbox"/> 施設 ( )
-------	---

かかりつけ医	病院名 :	担当医 :	連絡先 :
--------	-------	-------	-------

病名	
----	--

既往歴	
-----	--

経緯・状況	
-------	--

医療・介護上の問題	
-----------	--

介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援 ( 1 ・ 2 ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中
------	---

負担割合	1割 ・ 2割	公費	あり ・ なし
------	---------	----	---------

担当ケアマネージャー	事業所 :	電話 :
	担当者 :	FAX :

訪問介護	なし ・ あり ( 事業者名 : 電話 : )
------	-------------------------

居宅サービス	①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤その他 ( ) (以下に番号を)						
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
	AM						
	PM						

ADL	・移動 ( 自立 ・ 介助必要 ・ 車いす ) ・精神状態 ( 幻覚 ・ 妄想 ・ 徘徊 ・ 昼夜逆転等 ) ・排泄 ( <input checked="" type="checkbox"/> トイレ ( 自立 ・ 介助必要 ) <input checked="" type="checkbox"/> Pトイレ ( 自立 ・ 介助必要 ) <input checked="" type="checkbox"/> おむつ ) ・コミュニケーション 支障なし ・ あり ( 難聴 ・ 認知症 ・ 高次脳機能障害 ・ その他 ( ) )
-----	---