サービス予約申し込み票

社会福祉法人サンフレンズ　和泉ふれあいの家（事業者番号：1371503051）

申し込み年月日　　年　月　日

フリガナ			生年月日
被保険者氏名			明治・大正・昭和 年　月　日　歳
住所		電話番号	
要介護度		有効期間	年　月　日～　年　月　日
被保険者番号		認定年月日	年　月　日
負担割合			
同居者の有無	□有り　□無し　⇒　有りの場合は氏名：		
フリガナ			
主な介護者	（続柄）		
住所		電話番号	

移動	□自立　□要見守り　□介助　□不可（車椅子）／自助具：
食事	□自立　□要見守り　□一部介助　□全介助
形態・制限等	□普通食　□一口大　□きざみ　□そのほか（　　）
排泄	□自立　□要見守り　□一部介助（　　）　□全介助
視聴覚	視覚（　　）　聴覚（　　）
精神状況	認知症（□あり　□なし）　うつ傾向（□あり　□なし）　徘徊（□あり　□なし）
主疾患	
特記すべき事柄	

希望サービス	□介護予防通所介護　□通所介護		
希望通所曜日	月・火・水・木・金・土／指定なし	希望通所回数	回／週
送迎	□送迎希望あり →（□ステップ乗車可／□車椅子の為リフト乗車必須） □送迎希望なし		
入浴	□入浴希望あり（希望曜日：　　）　利用希望なし：		
特記事項			

居宅介護支援事業者事業所名		介護支援専門員氏名
地域包括支援センター名		
事業所番号		
住所		
電話：（　　）	FAX：（　　）	

ご提供いただいた情報は通所介護サービスの提供の目的以外では使用しません。

なお、サンフレンズでは個人情報保護規定に従って大切に保管し、同意なく第三者に提供することはありません。

社会福祉法人サンフレンズ　和泉ふれあいの家　電話：03-3321-4808　FAX：03-3321-4845

2020.06ver.