

通所介護新規利用者受付票

記入日 年 月 日

支援事業所 居宅介護	事業所名		介護支援 専門員	
	住所			
	TEL		Fax	

利用者情報	フリガナ 氏名		男女	生年月日				
	住所							
	自宅 TEL		携帯 TEL					
	要介護度	支援1・支援2 1・2・3・4・5	認定日	年	月	日		
	被保険者 番号		有効期間	年	月	日～年	月	日
	認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
	緊急 連絡先	様		続柄	TEL			
		住所						
	既往症等							
	主治医		病院名					
処置の 有・無	処置有の場合、その内容など		歩行	車椅子・歩行器・杖				

サービス内容	利用曜日	月・火・水・木・金	利用時間	午前の部・午後の部・1日
	入浴希望 ^{注1}	あり なし		
	特記事項 ご要望 記入欄			

注1:個室浴の為、入浴のご利用は、要介護認定の方に限らせていただいています。



ブルーガヘルスケアサロン

介護保険事業者番号：1473801924

〒224-0032 横浜市都筑区茅ヶ崎中央24-12
ライオンズプラザ 港北ニュータウン201
TEL：045-532-6516
Fax：045-532-6571