

ハルサコミュニティ 利用申込書

TEL 03-5735-1056

FAX 03-5735-1057

令和 年 月 日

氏名	(フリガナ) _____ 様		性別	男 ・ 女
住所	〒(-) TEL _____ 携帯 _____			
保険情報	事業対象 ・ 支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5			
	被保険者番号	認定日	有効期間	
	1割 ・ 2割 ・ 3割 負担	年 月 日	年 月 日 ~	年 月 日
日常生活自立度 (障害)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	日常生活自立度(認知症)	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
通所希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 午前 ・ 午後			
緊急連絡先	(フリガナ) _____ 様		続柄	
	〒(-) TEL _____ 携帯 _____			
	同居家族の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他)			
家族等が介護できる時間	<input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2~3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
居宅介護支援事業所			担当者	様
	〒(-) TEL _____ 携帯 _____			
			主治医	
医療機関				
	〒(-) TEL _____			
診断名および発症時期			年 月頃	治療済 通院中
			年 月頃	治療済 通院中
			年 月頃	治療済 通院中
			年 月頃	治療済 通院中
			年 月頃	治療済 通院中
認知症診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(診断日 年 月 日) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他()			
誤嚥性肺炎既往	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(診断日 年 月 日)			
移動	独歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 装具 ・ 車いす			
麻痺	なし ・ 上肢(右 左) ・ 下肢(右 左)			
その他注意点等				