

通所利用申込書 ・ 緊急時等登録カード

平成 年 月 日 現在

ふりがな		男 女	生年月日	明治・昭和・平成
氏名			年 月 日(歳)	
介護保険	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
	介護保険負担減額認定書 無・有()段階		負担割合()	
医療保険				
障害者手帳	1. 身障手帳(種 級)		2. 療育手帳(区分)	
	3. 精神障害者保健福祉手帳(級)		4. 手帳なし	
疾患				
既往歴				
服薬・用量 服薬上の注意				
避難時の留意事項				
緊急時の連絡先①	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話		携帯	
緊急時の連絡先②	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話		携帯	
かかりつけ病院		主治医		
住所				
TEL		FAX		
事業所名		担当ケアマネージャー		
住所				
TEL		FAX		
利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 希望曜日なし			
現在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 居宅介護利用中 事業所名： <input type="checkbox"/> 通所利用中 事業所名： <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 医療機関名： <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： <input type="checkbox"/> その他			