

## 恵那市社協 障害福祉サービス利用予約票

宛

特定相談支援事業所名 \_\_\_\_\_

担当相談員 \_\_\_\_\_

## 利用者情報

TEL:

FAX:

フリガナ 利用者氏名	男・女		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳
現住所	〒 恵那市		電話番号	
障害種別	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
受給者証番号				
障害支援区分		交付年月日	年 月 日	
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
サービス種別	生活介護・居宅介護・同行援護・行動援護・重度訪問介護・移動支援			
支給決定期間	年 月 日 ~		年 月 日	
利用開始希望日	年 月 日( ) ~		回数	週 回
希望曜日	月 火 水 木 金 土 日		時間	: ~ :
ご希望の内容				
かかりつけ医	病院名		医師名	
主病名				
既往歴				
薬	有・無 (朝・昼・夕・その他) *有の場合は薬剤情報をお願いします			
感染症	有 ( ) ・ 無 ・ 不明			
A D L	食事 自立・一介・全介 入浴 自立・一介・全介 一般浴(大・小) リフト浴 車浴 寝浴 着脱 自立・一介・全介 排泄 自立・トイレ見守り・介助 (パット・リハパン・オムツ) 移動 歩行・杖・押し車・歩行器・車いす・寝たきり			
家族状態	独居・同居( )			
現在の 身体・生活状況				
主介護者	氏名	(続柄)		
	住所		電話	
緊急連絡先	氏名	(続柄)		電話
上記の件受付いたしました 令和 年 月 日 担当者	通信欄			

\*住宅地図の添付をお願いします。

R5.8 作成