

ハルサコミュニティー 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	〒(-)		
保険情報	TEL 携帯		
	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 ~
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		
	〒(-)		
居宅介護 支援事業所	TEL 携帯		
	(フリガナ) 様 担当者		
	〒(-)		
医療機関	TEL 携帯		
	(フリガナ) 様 主治医		
診断名および 発症時期	年 月 曜日 治療済 通院中		
	年 月 曜日 治療済 通院中		
	年 月 曜日 治療済 通院中		
	年 月 曜日 治療済 通院中		
	年 月 曜日 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			