

サービス受入依頼票 (ステップ2)

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

送信日 ( 月 日 )

返信日 ( 月 日 )

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\* 別添資料 (本誌含まず) \_\_\_\_\_ 枚 返信期日: 月 日迄 \* 別添資料 (本誌含まず) \_\_\_\_\_ 枚

(フリガナ) \_\_\_\_\_ 世帯区分 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ( )

生年月日 M・T・S 年 月 日生 歳 (男・女)

住所 \_\_\_\_\_

電話ほか連絡方法 \_\_\_\_\_

主な介護者・続柄 \_\_\_\_\_ ( )

〈連絡先〉 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 往診 (有・無) \_\_\_\_\_ ( / )

処方・ほか \_\_\_\_\_

介護保険証番号 \_\_\_\_\_

有効期間 \_\_\_\_\_

要介護度 \_\_\_\_\_

介護保険 \_\_\_\_\_ 内・外・併用

負担割合: 割 \_\_\_\_\_

自己負担の減額 有・無 ( )

公費負担 有・無 \_\_\_\_\_ (負担者番号) (受給者番号)

障害者手帳 有・無 \_\_\_\_\_ 種 級 \_\_\_\_\_

障害区分申請 有・無 \_\_\_\_\_

障害区分 \_\_\_\_\_ 1・2・3・4・5・6

自立度  J 一部自立  A 準寝たきり (A1, A2)  B 寝たきり (B1, B2)  C 寝たきり (C1, C2)

認知症  なし  I  II (II a, II b)  III (III a, III b)  IV  M

希望するケア内容 \_\_\_\_\_

入浴  食事  送迎  その他 \_\_\_\_\_

感染症 有・無 (感染症名: \_\_\_\_\_)

主な病名 \_\_\_\_\_

特記事項 \_\_\_\_\_

サービス名 \_\_\_\_\_ 訪問介護の時 (身体・生活・乗降)

提供曜日  月  火  水  木  金  土  日

毎週・隔週・その他 ( )

提供時間 \_\_\_\_\_

送信記述 \_\_\_\_\_

予約 可・不可・その他 ( )

返信記述 \_\_\_\_\_