

ブリッジライフ不動前 利用申込書

TEL 03-5725-0117

FAX 03-5725-0118

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	☐ あり ☐ なし (☐ 夫婦 ☐ 子 ☐ その他)		
家族等が介護 できる時間	☐ ほとんど終日 ☐ 半日程度 ☐ 2~3時間程度 ☐ 必要な時に手をかす程度 ☐ 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	☐ あり ☐ なし(診断日 年 月 日) ☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他()		
誤嚥性肺炎既往	☐ あり ☐ 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			