

早稲田イーライフ愛の里 利用申込書

利用者情報提供

平成 年 月 日

被保険者番号		要支援・介護区分
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	要支援1・2 要介護()
交付年月日	平成 年 月 日	認定年月日 平成 年 月 日
事業所届け出年月日	平成 年 月 日	

被 保 険 者	フリガナ	生年月日
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 男・女
	住所 〒 -	TEL
		FAX
生活保護 無・有 各種手帳等 無・有 ()		

緊 急 連 絡 先	フリガナ	続柄
	氏名	
	住所 〒 -	TEL
		FAX
		携帯

支 援 事 業 者	フリガナ	担当ケアマネ
	支援事業者名	
	住所 〒 -	TEL
		FAX

ADL状況		
意思疎通	問題なし・やや困難()	補聴器 無・有(右・左)
移動	自立・見守り・一部介助()	独歩・杖・歩行器・車椅子
義歯	無・総/上顎 前・右・左・下顎 前・右・左	
麻痺	上肢 全・右・左 下肢 全・右・左	
認知症	無・有()	
その他		

医療状況		
医療機関名	病院 主治医 Dr 科 TEL	医療情報提供につきまして主治医の意見書及び看護サマリー等の開示 可・不可
医療機関名	病院 主治医 Dr 科 TEL	医療情報提供につきまして主治医の意見書及び看護サマリー等の開示 可・不可
リハビリ医療機関	無・有(上記)、その他()	
緊急搬送先	TEL	
既往歴 または 現病歴	高血圧・脳卒中・狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈(ペースメーカー含む) その他の循環器疾患(弁膜症など)・糖尿病・高脂血症(高コレステロール・高中性脂肪含む) 骨粗相症・現在治療中の貧血 その他の病気()	

ご希望欄 印をお願いします

ご利用日	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

E-LIFE 記入欄

訪問日時	担当者
見学日時	初回利用日

基本は午前9:00~11:00または9:30~11:30、午後13:00~15:00または13:30~15:30の約2時間です。
送迎をご希望の場合には、曜日・時間の調整をお願いする場合がございます。
ご協力ありがとうございました。ご不明な点等ございましたらお気軽に生活相談員までお問い合わせくださいませ。