見学・サービス提供依頼受付票

＜受付日時＞　年　月　日（　：　～　：　）	＜受付者＞
＜依頼手段＞ 電話　FAX　訪問　来所	＜依頼者名＞ （本人 ・ 家族 ・ その他）

要介護認定	済 → 非該当 ・ 要支援 １ ・ ２ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５	認定日　年　月　日
	未 （見込み）→ 非該当 ・ 要支援 １ ・ ２ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５	

有効期間	年　月　日　～　年　月　日		
利用者氏名	様（男・女）	年齢	M・T・S　年　月　日（　歳）
住所		電話番号	
現疾患名			
既往歴			
世帯状況	□ 独居　□ 夫婦　□ その他（　同居）		
緊急時連絡先	（氏名）　（電話番号）　本人との続柄 （　）		
日常生活自立度判定基準	障害高齢者	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・C2	
	認知症高齢者	自立 ・ Ⅰ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	

サービス利用希望									
	曜日	月	火	水	木	金	土	日	備考
	時間								
	サービス内容								
	送迎	往復・片道	往復・片道	往復・片道	往復・片道	往復・片道	往復・片道	往復・片道	

利用者の意向	
家族の意向	
地域包括支援センターまたは介護支援専門員の意見	
援助方針	

受け入れ判断
可 ・ 不可 ・ 保留

理由・情報等