



介護予防・生活支援サービス利用（変更）申請書 裏面

利用者情報	利用者の世帯構成	1 単身      2 高齢者のみ世帯      3 その他( )								
	家族等の状況	氏名	続柄	住所	電話番号					
		伊賀 花子	子	伊賀市新堂313番地の1	0595-45-1016					
要介護認定の有無	1 なし      2 申請中      3 あり [要支援( 2 )・要介護( )]									
福祉手帳の有無	1 なし      2 あり(身障      級・精神      級・知的      級)									
現在の状況	現在利用しているサービスの状況	利用サービス名	デイサービス							
		利用頻度 ※利用している曜日等	週2日(火・金)							
	既往歴及び通院・往診等頻度	疾患名	脳梗塞							
		発症時期	令和7年5月      頃から							
	通院頻度	通院 :      1 回/月・週 → 通院方法( 家族送迎 )	往診 :      回/月・週、未受診							
	その他特記事項 (身体状況等)	聴力が低下しているので、インターホンになかなか気が付かないかもしれません。								
配食について	利用頻度	曜日	月	火	水	木	金	土	日	※利用を希望する日に○を入れてください。 ※利用のない日は理由を記入してください。(例:デイサービス、家族支援等)
		昼食	○	デイ	○	○	デイ		家族支援	
		夕食	○		○	○				
	注文するお弁当の種類 ※希望する種類に☑を入れてください	☑普通食    □DX普通食    □カロリー食			□たんぱく調整食    □ムース食			その他	□おかゆに変更	
		☑ご飯セット      □おかずのみ					□刻み食に変更			
	結果通知の送付先	利用者・緊急連絡先・ <u>居宅介護支援事業所</u> ・その他							氏名:	
									連絡先:	
	利用内容等の確認	利用者・緊急連絡先・ <u>居宅介護支援事業所</u> ・その他							氏名:	
									連絡先:	