



事業所番号：1371202274

申込日：令和 年 月 日

支援事業所	事業所名	担当ケアマネジャー
	事業所番号	電話番号：
	住所	F A X：

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明 大 昭	年 月 日 (歳)
	氏名	男 女	電話番号：		
	住所				
	被保険者番号	介護度：要支援 1・2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中			
負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割		保険有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

連絡先 緊急	氏名	続柄	住所	電話番号
-----------	----	----	----	------

主治医	医療機関名	医師名
	住所	電話番号：

治療中の病気	
既往歴	

生活状況	独居・家族と同居・その他 ()	家族構成図：
歩行	自立・見守り・要介助 (使用器具：杖・シルバーカー・車椅子)	
排泄	自立・一部介助・全介助 () (使用下着：布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ)	
食事	自立・一部介助・全介助	
服薬	朝・昼・夕・就前・その他 ()	
入浴	自立・一部介助・全介助 (整容：自立・一部介助・全介助)	
座位	可・短時間可 (時間程度) ・不可	
会話	可・やや困難・困難 (理由：)	特記事項：
感染症	なし・あり (疥癬・梅毒・MRSA・C型肝炎・B型肝炎・その他【 】)	
アレルギー	なし・あり ()	

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断日 年 月 日)
	(<input type="checkbox"/> アルツハイマー型・ <input type="checkbox"/> 血管性・ <input type="checkbox"/> レビー小体・ <input type="checkbox"/> その他)
誤嚥性肺炎発症歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日 年 月 日)

希望サービス	入浴サービス	要・不要	一般浴 / リフト浴	特記：
	食事サービス	要・不要	主食：米飯・おかゆ/副食：常食・一口大・粗きざみ・極刻み・ミキサー/禁食：なし・あり【 】	
	送迎サービス	要・不要	往復 ・ 片道	特記：

ご本人・ご家族の意向 (デイサービス希望理由)

開始希望日：	月 日 ()	希望曜日：月 火 水 木 金 土 / 週 回
--------	---------	------------------------

サービス利用前訪問予定日：令和 年 月 日 / 担当者：	責任者確認欄	受付担当者名
等々力の家デイホーム 〒158-0082 東京都世田谷区等々力8-26-16 TEL：03-5752-0037 FAX：03-5752-0067		