



事業所番号 (一般デイ) : 1371905389

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

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号

連絡先	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:)	
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
-------------------------------	--------	--------

仲町高齢者在宅サービスセンター 〒173-0022 東京都板橋区仲町20-5 TEL: 03-5966-7001 FAX: 03-5966-7003		
---	--	--