



事業所番号（一般）：1371209899

申込日：令和 年 月 日

支援事業所	事業所番号：	担当マネージャー： CM
	住所：	電話番号：
		FAX：

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	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【 】）	特記事項：
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
〒 154-0001 東京都世田谷区池尻2-3-45 奉優デイサービス池尻 TER：03-5779-9131 FAX：03-5779-9132		