



社会福祉法人 奉優会 せせらぎ高齢者在宅サービスセンター 利用申込書

事業所番号（一般デイ）：1371302728

事業所番号（認知デイ）：1391300157

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： ）	
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

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： 年 月 日（ ）	希望曜日：月 火 水 木 金 土 日 / 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
渋谷区総合ケアコミュニティ・せせらぎ高齢者在宅サービスセンター 〒151-0066 東京都渋谷区西原1-40-10 TEL：03-5790-0883 FAX：03-5790-0889		