



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

HOYUKAI

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	担当ケアマネージャー
	事業所番号	電話番号：
	住所	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	

介護者	負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割	保険有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	氏名	続柄 住 所	電話番号

連絡先	氏名	続柄 住 所	電話番号
	住所		

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	□なし □あり(診断日 年 月 日) (□アルツハイマー型・□血管性・□レビー小体・□その他)
誤嚥性肺炎発症歴	□なし □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 日 / 週 回	責任者確認欄	受付担当者名
サービス利用前訪問予定日：令和 年 月 日 / 担当者：			
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			