【通所-09】
【第2版：平成27年7月29日】

社会福祉法人　奉優会

渋谷区ひがし健康プラザ高齢者在宅サービスセンター

事業所番号（一般デイ）：1371301852

（一般デイ）
申込日：平成　　年　　月　　日

支援事業所	事業所名	担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	
	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	
	負担割合　1割　・　2割	保険有効期間　H　年　月　日 ～ H　年　月　日	

介護者	氏　名	続柄	住　所	電話番号
緊急連絡先	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（　　）	

認知症状	なし　・あり	1.記憶障害　2.幻覚・幻聴　3.独り言　4.徘徊　5.異食　6.暴言・暴力　7.収集癖 8.その他（　　）
	特記事項	

希望サービス	入浴ｻｰﾋﾞｽ	要　・不要	一般浴　/　リフト浴	特記：
	食事ｻｰﾋﾞｽ	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【　　】	
	送迎ｻｰﾋﾞｽ	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：平成　　年　　月　　日　/　担当者：

上記の件受付いたしました 平成　　年　　月　　日（　　） 受付連絡済チェック　　持込　/　FAX　/郵送	責任者確認欄	受付担当者名

ひがし健康プラザ高齢者在宅サービスセンター
〒150-0011
東京都渋谷区東3-14-13
TEL：03-5466-2681