



デイホーム奥沢 利用申込書

事業所番号: 1371205517

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	FAX:

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	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 H・R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	誤嚥性肺炎発症歴 <input type="checkbox"/> なし	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	<input type="checkbox"/> あり (発症日 年 月 日)		
認知症診断日	<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			

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)	
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 ()	
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 ・ きざみ / 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:

上記の件受付いたしました 令和 年 月 日 ()	責任者確認欄	受付担当者	デイホーム奥沢 〒158-0083 東京都世田谷区奥沢2-23-1 TEL: 03-5726-3011 FAX: 03-5726-3012
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送			