

成増高齢者在宅サービスセンター利用申込書【一般・板独自(支援)・認知】

事業所番号: 1371910116 (一般デイ) 13A1900227 (板橋独自サービス)  
1391900519 (認知デイ)

申込日: 令和 年 月 日

支 援 事 業 所	事業所名	担当マネージャー
	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	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【 】)	
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 / 機械浴	特記:
	食事サービス	要・不要	主食: 米飯・軟飯・おかゆ/副食: 常食・一口大・粗刻み・極刻み・ペースト/禁食: なし・あり【	
	送迎サービス	要・不要	ステップ ・ 車椅子	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	受付担当者名	板橋区立成増高齢者在宅サービスセンター 〒175-0094 板橋区成増4-37-1 TEL: 03-5383-1111 FAX: 03-5383-6289
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送			