



事業所番号： 13A18000287

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【 】)	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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 / 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
荒川区立花の木ハイム荒川在宅高齢者通所サービスセンター 〒116-0002 東京都荒川区荒川5-47-2 TEL：03-5855-3322 FAX：03-5901-0332		