

# 大森高齢者在宅サービスセンター 利用申込書（併設用）

事業所名		事業所 番号	
電話	( )	担当	
F A X	( )	ケアマネ	

フリガナ		性別		MTS	年			
氏名		男・女	生年月日	月	日 歳			
住所	大田区		電話	( )				
連絡先		続柄	電話	( )				
氏名								
介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	コース	総合	一般	認知			
有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日							
認知症高齢者の日常生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
希望曜日	1週間に 回希望		月	火	水	木	金	土
希望	送迎（ステップ リフト）		入浴（一般浴 リフト）					
受入に関する連絡事項 ご記入ください								
利用目的								
ADL								
病歴								
内服								
介助やサービスにあたり留意点								

※通所介護：「大規模Ⅰ」事業所となります。

※認知症対応型通所介護：「併設型」事業所となります。

※通所介護、認知症対応型通所介護ともに「サービス体制強化加算Ⅱ」、  
「介護職員処遇改善加算Ⅰ」をいただいております。

〒143-0015 大田区大森西 1-16-18

大森高齢者在宅サービスセンター 担当 小暮・杉田

電話 5471-2702

F A X 5471-2710