

池上高齢者在宅サービスセンター 利用申込書

事業所名		事業所 番号	
電話	()	担当 ケアマネージャー	
FAX	()		

フリガナ		性別		生年月日	T・S	年
氏名	様	男・女			月	日
住所	大田区			電話	()	
連絡先	様	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	一般 認知 総合	
負担割合	1 割 2 割 3 割					
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					
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 機械)					
受入に関する連絡事項 ご記入ください						
ご利用目的						
ADL						
病歴						
昼薬の 有・無 塗布薬の 有・無 等のお薬の特記						
介助やサービスにあたり留意点						

※通所介護：「通常規模」

※認知症対応型通所介護：「併設型」事業所

〒146-0081 大田区仲池上 2-24-8

池上高齢者在宅サービスセンター 担当 篠原・五十嵐

電話 5700-1239 FAX 5700-0039