

矢口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	
FAX	()		

フリガナ		性別		生年月日	T・S 年 月 日
氏名		男・女			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
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)				
受入に関する連絡事項 ご記入ください					
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:「単独型」事業所

※通所介護:「サービス提供体制強化加算Ⅲ」認知症対応型通所介護「サービス提供体制強化加算Ⅰ」※「介護職員処遇改善加算一般Ⅰ 認知Ⅰ」、「介護職員等特定処遇改善加算一般Ⅱ 認知Ⅰ」※ADL 維持 ※入浴加算Ⅰ ※個別機能訓練Ⅰ

〒144-0054 大田区 新蒲田 2-12-18

矢口高齢者在宅サービスセンター 担当 松谷・杉田

電話 5711-0851 FAX 5711-0852