

大森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	
FAX	()	ケアマネ	

フリガナ		性別		T・S	年
氏名		男・女	生年月日	月	日
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		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)				
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					

※認知症対応型通所介護:「併設型」事業所番号:「1391100391」

※全ご利用者⇒「サービス提供体制強化加算Ⅰ」「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」「ADL維持等加算Ⅱ」あり。

※入浴ご希望者⇒入浴介助加算Ⅰ 個別機能訓練ご希望者⇒個別機能訓練加算Ⅰ



〒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 あらかき 新垣

電話 5471-2702 FAX 5763-5527