

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	
FAX	()	ケアマネージャー	

フリガナ		性別		生年月日	T・S 年 月 日
氏名	様	男・女			歳
住所	大田区			電話	()
連絡先		続柄		電話	()
氏名	様				
介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			コース	認知 予防認知
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 リフト)				
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					

※認知症対応型通所介護：「併設型」事業所

介護予防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 前田・佐藤

電話 5700-1239 FAX 5700-0039