



# 渋谷区ひがし健康プラザ高齢者在宅サービスセンター

事業所番号(一般デイ): 1371301852

(一般デイ)

申込日:平成 年 月 日

支援事業所	事業所名	担当ケアマネジャー
	事業所番号	電話番号:
	住所	FAX:

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明大昭	年	月	日(歳)				
	氏名	男女	電話番号:								
	住所										
	被保険者番号	介護度:要支援 1・2 / 要介護 1 2 3 4 5 / 申請中									
負担割合		1割・2割	保険有効期間		H	年	月	日 ~ H	年	月	日

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
-----	----	----	----	------

主治医	医療機関名	医師名
	住所	電話番号:

治療中の病気	
既往歴	

生活状況	独居・家族と同居・その他( )	家族構成図:
歩行	自立・見守り・要介助(使用器具:杖・シルバーカー・車椅子)	
排泄	自立・一部介助・全介助( ) (使用下着:布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ)	
食事	自立・一部介助・全介助	
服薬	朝・昼・夕・就前・その他( )	
入浴	自立・一部介助・全介助(整容:自立・一部介助・全介助)	
座位	可・短時間可( 時間程度)・不可	
会話	可・やや困難・困難(理由: )	
感染症	なし・あり(疥癬・梅毒・MRSA・C型肝炎・B型肝炎・その他【 】)	特記事項:
アレルギー	なし・あり( )	
認知症状	なし・あり	1.記憶障害 2.幻覚・幻聴 3.独り言 4.徘徊 5.異食 6.暴言・暴力 7.収集癖 8.その他( )
	特記事項	

希望サービス	入浴サービス	要・不要	一般浴 / リフト浴	特記:
	食事サービス	要・不要	主食:米飯・おかゆ/副食:常食・一口大・粗きざみ・極刻み・ミキサー/禁食:なし・あり【 】	
	送迎サービス	要・不要	往復・片道	特記:

ご本人・ご家族の意向(デイサービス希望理由)

開始希望日:	月 日( )	希望曜日:	月 火 水 木 金 土 / 週 回
--------	--------	-------	-------------------

サービス利用前訪問予定日:平成 年 月 日 / 担当者:

上記の件受付いたしました 平成 年 月 日( )	責任者確認欄	受付担当者名	ひがし健康プラザ高齢者在宅サービスセンター 〒150-0011 東京都渋谷区東3-14-13 TEL: 03-5466-2681
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送			