

成増高齢者在宅サービスセンター利用申込書【一般・板独自（支援）・認知】

事業所番号： 1371910116（一般デイ） 13A1900227（板橋独自サービス）
1391900519（認知デイ）

申込日：令和 年 月 日

支 援 事 業 所	事業所名：	担当マネージャー
	事業所番号	電話番号：
	住 所：	F A X：

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 ・ 3割 保険有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日							

介 護 者	氏 名	続柄	住 所	電話番号
-------------	-----	----	-----	------

連 絡 先 <small>緊急</small>	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 / 機械浴	特記：
	食事サービス	要 ・ 不要	主食：米飯・軟飯・おかゆ/副食：常食・一口大・粗刻み・極刻み・ペースト/禁食：なし・あり【	
	送迎サービス	要 ・ 不要	ステップ ・ 車椅子	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：令和 年 月 日 / 担当者：

上記の件受付いたしました 令和 年 月 日（ ）	責任者確認欄	受付担当者名	板橋区立成増高齢者在宅サービスセンター 〒175-0094 板橋区成増4-37-1 TEL：03-5383-1111 FAX：03-5383-6289
受付連絡済チェック 持込 / FAX / 郵送			