

【申し込みFAX】

FAX 03-6379-0428

(TEL 03-6379-0427)

デイサービスセンター 梅ヶ丘 (認知症対応型通所介護)  
利用申込書

申込日 年 月 日

(ふりがな) 利用者名		男・女	生年月日	M T S	年 月 日( 歳)
住 所	(アパート名マンション名までご記入ください)			電話番号	
かかりつけ医療機関				主治医	

<介護保険情報>

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	<生活保護受給者> <input type="checkbox"/>			
被保険者番号		負担割合	1割・2割・3割		
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
認知症性老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				

<利用希望>

希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金・土	利用希望回数	週 回
サービス内容	送迎希望	有・無	/
	送迎時 車椅子対応希望	有・無	
	ステップ乗車	可・不可	

本人・家族希望(又は困っていること)

既往歴	現在治療中の病気			
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)			
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)			
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)			
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし あり	在宅酸素	なし あり
	経管栄養	なし あり	褥瘡	なし あり
	ストマ	なし あり	バルンカテーテル	なし あり
感染症	検査未実施	なし	あり ( HB・HCV・結核等感染症 )	
居宅介護支援事業所名 地域包括支援センター名		TEL		
担当ケアマネジャー名		FAX		

東京リハビリテーションセンター世田谷 開設準備室  
〒156-0043 東京都世田谷区松原6丁目39番18号 自然センタービル5階