

## デイサービスセンター利用申込書

北新宿 若葉 中落合 百人町 細工町 高齢者在宅サービスセンター行き

申込者 (担当ケアマネ)	(氏名)	(TEL)	(FAX)
	(所属)	事業者 番号	.....

### 基本情報 No.1

ふりがな 利用者氏名	男・女	(生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 - 新宿区	電話 - FAX -
世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 主介護者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (氏名 続柄 ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
緊急連絡先	氏名 _____ 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒 - (住所) TEL - - 携帯電話 - -	

認 定 情 報 等	
要介護度区分	申請中 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
被保険者番号	..... 保険者 (新宿以外の場合は保険者番号)
認定年月日	H・R 年 月 日 認定有効期間 H・R 年 月 日～H・R 年 月 日迄
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *有の場合 (受給者番号) (負担者番号)
食費助成対象	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * (生活保護を受給、利用者を含む世帯全員の住民税非課税、その他)
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M * 認定時の主治医意見書のもの 必ず○で囲んで下さい

通所形態	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 入浴加算 <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算
	利用希望日
サービス内容	(送迎) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【ステップ・リフト】 (入浴) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【一般浴・特別浴】

☆記入上のお願い。

- 1 申し込みについては、No.1 と No.2 の全ての項目にご記入下さい。
- 2 主治医意見書等、医療情報の提供はできるだけ詳しくお願いします。
- 3 認知症対応型通所介護の対象者は次の通りとします。(但し、認知症状には個別差があるため、通所形態が判断しがたいケースについては、面接時に判断させていただくこともありま)
  - (1) 原則として、医学的見地からみた認知症と診断されている方。
  - (2) 集団行動がとれず、常時誰かが付き添う必要のある方。

心身の状況	
移動	自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（援助内容: ）
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（援助内容: ）
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（援助内容: ）
気分と行動 (問題行動)	うつ状態 ・ 徘徊 ・ 暴力行為 ・ 興奮 ・ 異食 ・ 拒食 ・ 昼夜逆転 不潔行為 ・ 火の始末 ・ 失見当（ 場所 ・ 時間 ・ 人物 ・ 物） 不眠傾向（眠剤等の使用→ あり ・ なし ）
〈コミュニケーション〉 自分を理解（ できる ・ できない ）      他者を理解（ できる ・ できない ） 意思決定能力（ あり ・ なし ）              言語障害（ あり ・ なし ）	

医療情報				
受診病院 (わかる範囲で)	(病院名)	(医師名)	(診療科目)	(受診状況)
	(病院名)	(医師名)	(診療科目)	(受診状況)
既往歴 及び 現病歴	1 健康状態：（ 良好 ・ 不良 → ） 2 感染症、その他疾患の有無（〇で囲んでください） 感染症（ あり・なし・不明 ） [ 結核（既往 あり・なし） B型肝炎 C型肝炎 皮膚疾患 MRSA ] その他（ ）			
服薬内容 (わかる範囲で)				

居宅介護 サービス計 画における 通所介護の 目的等	
本人の希望	
家族の希望	