

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) (事業所名) 事業者番号

基本情報 No.1

ふりがな 利用者氏名 (生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 住所 〒 - 新宿区 TEL - FAX - 住宅状況 一人暮らし 集合住宅 居住空間 1階 2階以上 地下 エレベーター なし あり 世帯構成 一人暮らし 高齢者世帯 その他 (主介護者) なし / あり (氏名 続柄) 同居 別居 緊急連絡先 氏名 続柄 同居 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 負担割合 割 認定年月日 令和 年 月 日 認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 生活保護 □なし □あり ※ ありの場合は (受給者番号) (負担者番号) 食費助成対象 □なし □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) 認知症の診断 □アルツハイマー型認知症 □脳血管性認知症 □レビー小体型認知症 □その他 (認知症の診断日/ 年 月 日)

高齢者の日常生活自立度

障害 (寝たきり度) 自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2 判定日 年 月 日 認知症度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 判定者 主治医意見書・調査票・その他()

通所形態 □通所介護 □認知症対応型通所介護 □総合事業(通所型サービス) 利用希望日 □月曜 □火曜 □水曜 □木曜 □金曜 □土曜 利用回数 週 回 ご希望のサービス内容 【送迎】 □なし □あり (乗車方法/ ステップ・リフト) 【入浴】 □なし □あり (一般浴・特別浴)

心身の状況	
移動	自立 見守り 一部介助 全介助 移動手段/ 杖 歩行器 シルバーカー その他 ()
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助 オムツ類の有無/ パット リハビリパンツ オムツ その他 ()
食事	自立 見守り 一部介助 全介助 義歯の有無/ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 総義歯、部分義歯、その他 () 嚥下状況/ <input type="checkbox"/> 誤嚥の危険あり <input type="checkbox"/> 過去に誤嚥あり <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎既往あり
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助 留意事項/ ()
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			
主治医	(病院名)	(医師名)	(診療科目)
	(住所)	(TEL)	(受診状況)
現状歴 及び 既往歴	(病名)	(医療機関名)	(発症年月日)
	(特記事項)		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に⇒		
服薬内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前)		

居宅介護 サービス計画 における 通所介護の 目的等	
ご本人様 の希望	
ご家族様 の希望	

注意) 利用条件として、医師による認知症との診断を受けていることをご利用できるサービスもございます。できる限り、認知症診断の有無と診断日のご記入をお願いいたします。

