

【申し込みFAX】

03-5318-3712 (江古田の森行)

03-5983-0290 (ゆずりは行)

東京総合保健福祉センター 江古田の森 通所事業所 利用申込書

申込日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-------|------|--------|----|------|----|----|----|---|---|
| 利用者名 | 生年月日 | M T S | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | | | |
| 住所 | <small>(アパート名マンション名までご記入下さい)</small> | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 氏名 | (続柄) | | 電話番号 | | | | | | | | |
| <介護保険情報> | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| 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> 希望の事業所に○をつけてください。

- () デイサービスセンター 江古田の森 を希望する (一般型 認知症対応型)
- () デイサービスセンター ゆずりは を希望する (一般型 認知症対応型)
- () 通所リハビリテーションセンター 江古田の森 を希望する

| | | | | |
|--------|----------------------------|--------|-------------|-----|
| 利用希望日 | いつでも・月・火・水・木・金・土 | 利用希望回数 | 週 | 回 |
| サービス内容 | 個別機能訓練(向上)加算(デイ) | 有・無 | 口腔機能向上加算 | 有・無 |
| | 入浴介助加算 | 有・無 | 送迎時 車椅子対応希望 | 有・無 |
| | 入浴方法いずれかに○ 一般浴 リフト浴 機械浴 | | 特記事項 | |

利用希望の動機・理由

| | |
|-----------|-----------|
| 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 ワ氏 MRSA 結核等感染症) | | | |

| | | |
|-------------|-------------------------|-----|
| 担当ケアマネージャー名 | 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | |
| 住所 | TEL | FAX |
| 事業所番号 | かかりつけ医療機関・主治医 | |