

【申し込みFAX】

03-5318-3720 (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	(アパート名マンション名までご記入下さい)			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(短時間サービス) を希望する
- () 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	(年 月～)	現在治療中の病気	(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			

