

サービス利用申込書(介護・予防)

平成 年 月 日

指定事業所番号	
事業所名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
ご担当者名	

指定事業所番号	1371211093
サービス事業所	ヘルパーステーション スマイライフ経堂
	〒156-0052
住所	世田谷区経堂2-4-8 アンティローブ経堂B号室
電話番号	03(6413)9383
FAX番号	03(6413)9398
担当者氏名	

下記の内容にて居宅介護サービスを依頼します。

ご利用者	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和		性別	男・女
	氏名			年齢	年 月 日 (歳)			
	保険者番号			被保険者番号				
	住所	〒						
	電話番号	()		電話番号		()		
	要介護区分	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) / 申請中(年 月 日申請)						
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで						
	日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
		認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
生活保護の有無	有・無		受給者番号					
公費負担の有無	有(/他)・無		受給者番号					
緊急連絡先	様	関係	住所	市区	連絡先	()		
主介護者	様	関係	住所	市区	連絡先	()		
主治医	病院名	担当医			連絡先	()		

希望	本人の要望							
	家族の要望							
	サービス開始日	平成 年 月 日 ()						
サービス利用状況	通所・短期入所・訪問介護・訪問看護・訪問入浴・配食・その他()							

計画内容	曜日	時間帯	サービス区分(介護給付/予防給付)	サービス内容
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
		: ~ :	身体()生活()/予防I・II・III	
1. 排泄介助 2. 食事介助 3. 清拭(全身清拭) 4. 部分浴 5. 全身浴 6. 洗面等 7. 身体整容 8. 更衣介助 9. 体位変換 10. 移乗・移動介助 11. 通院・外出介助 12. 起床・就寝介助 13. 服薬介助 14. 自立支援の為の見守り援助 15. 掃除 16. 洗濯 17. ベッドメイク 18. 衣類整理等 19. 調理・配下膳 20. 買物・薬受け取り 21. 健康チェック、相談援助を含むサービス準備				

《特記事項》※ よろしければ、介護の目標について教えてください。

サービス事業所使用欄	
担当	承認
月 日	月 日