

# 池尻大橋

事業所No.1371003979 トータルライフケア池尻大橋 (居宅)  
 事業所No.1361090085 トータルライフケア池尻大橋 訪問看護ステーション (訪看)  
 〒153-0043 東京都目黒区東山 3-20-20-101 TEL:03-6452-3621

依頼日 令和 年 月 日 **サービス利用申込票**

|       |                                |   |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|-------|--------------------------------|---|-----|---|----|-------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----|---|
| 利用者情報 | 被保険者番号                         |   |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|       | 保険者(区)                         | 世田谷・目黒・大田・品川・杉並・中野・その他( ) (保険者番号 )  |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|       | フリガナ氏名                         |   |     |   |    |       |                              |                                 | 電話番号                                  | ( ) |   |
|       | 住所                             | 〒 マンション名  |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|       | 生年月日                           | M・T・S・H・R   | 年   | 月 | 日生 | (満 歳) | 性別                           | 男・女                             |                                       |     |   |
| 保険    | <input type="checkbox"/> 介護保険  | 認定日   | H・R | 年 | 月  | 日     | <input type="checkbox"/> 申請中 | <input type="checkbox"/> 要支援1・2 | <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 |     |   |
|       | 負担割合(1・2・3)                    | 認定有効期間  | H・R | 年 | 月  | 日     | ～                            | H・R                             | 年                                     | 月   | 日 |
|       | <input type="checkbox"/> 医療保険  | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|       | <input type="checkbox"/> その他助成 | <input type="checkbox"/> 都 医療券 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他( )                               |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
| 介護者情報 | フリガナ氏名                         |   |     |   |    |       |                              |                                 | 続柄                                    |     |   |
|       | 住所                             | 〒   |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |
|       | 電話番号                           |   |     |   |    |       | 携帯番号                         |                                 |                                       |     |   |
|       | その他の情報                         |   |     |   |    |       |                              |                                 |                                       |     |   |

## 居宅介護支援事業者

|            |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|------------|---|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 事業所番号      |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 事業所名       |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 事業所所在地     | 〒 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 電話番号       |   |  |  |  |  | FAX番号 |  |  |  |  |
| 担当ケアマネジャー名 |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

▼ ご希望のサービスに✓・○を記入してください

|  |   |        |  |  |  |  |  |  |        |         |
|--|---|--------|--|--|--|--|--|--|--------|---------|
| サービス内容   | <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ<br><input type="checkbox"/> 特別管理加算<br><input type="checkbox"/> 24時間(介護・医療)<br><br><input type="checkbox"/> 他ステーション(有・無) 事業所名<br><br><input type="checkbox"/> 訪問介護<br><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与<br><input type="checkbox"/> 販売 | 疾患     |  |  |  |  |  |  |        | 希望日時    |
|  |   | 介護状況   |  |  |  |  |  |  |        | 開始日 月 日 |
|  |   | 希望する内容 |  |  |  |  |  |  |        | 決定日時    |
|  |   |        |  |  |  |  |  |  | 曜 時～担当 |         |
| 1.車いす 2.車いす付属品 3.特殊寝台 4.特殊寝台付属品 5.じよく瘡予防用具 6.体位変換機 7.手すり<br>8.スロープ 9.歩行器 10.歩行補助つえ 11.認知症老人徘徊感知器 12.移動用リフト 13.自動排泄処理装置 |   |        |  |  |  |  |  |  |        |         |

|     |       |                |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|-----|-------|----------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 主治医 | 医療機関名 | (診療科名: ) 通院・往診 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|     | 住所    | 〒              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|     | 電話番号  |                |  |  |  |  | FAX番号 |  |  |  |  |
|     | 医師氏名  |                |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

**トータルライフケア池尻大橋へ FAX 03-6452-3631**