でいほーむ池上・大森
ご利用申込書

事業所名		事業所番号	
電話	（　　）	担当ケアマネジャー	
Fax	（　　）		

フリガナ		性別	生年月日	M　T　S 年 月　日
ご本人様氏名	様	男・女		
住所	大田区		電話	（　　）
主たる介護者		続柄	電話	（　　）
介護度	要支援　1　2 要介護　1　2　3　4　5 区変中　申請中		負担割合	1割　2割　3割
			利用開始希望日	年　月　日から
希望曜日	1週間に　回希望　月　火　水　木　金　土			
生活保護	有　・　無	障碍者手帳	有　・　無（　手帳）	
食事形態	常食・刻み・ペースト	服薬	有（朝　・　昼　・　夕）・　無	
送迎希望	送迎 特記事項：			
入浴希望	入浴　（シャワー浴　・　普通浴） 特記事項：			
疾病				
その他の連絡事項				

でいほーむ池上　大田区池上 8-12-6　電話：03-3754-9109　FAX：03-6410-3663　担当：安原
でいほーむ大森　大田区大森北 2-4-11　電話：03-6459-6988　FAX：03-6410-8198　担当：藏方