

平成 年 月 日

すばる魚崎の郷 デイケア体験利用申込書

TEL 078-811-8900 FAX 078-811-8999

事業所名 _____ 担当CM _____ 様

TEL _____ FAX _____

希望日 平成 年 月 日() 1日・午前・午後

ふりがな			
利用者名	様	性別	男 ・ 女
住所	T	TEL	
生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)	介護度	要支援()・要介護()
世帯状況	単身 ・ 夫婦世帯 ・ 子供と同居 ・ その他()		
主たる利用目的	リハビリ ・ 入浴 ・ 食事 ・ 社会交流 ・ 健康管理 ・ その他()		
主介護者	様	続柄	
住所		TEL	
連絡先	本人 ・ 主介護者 ・ その他()		
送迎希望	有 (ドアtoドア ・ ベットinベット ・ その他()) ・ 無		
移動	(室内) 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ その他()		
	(送迎時) 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ その他()		
入浴希望	有 (一般浴 ・ 個浴 ・ 機械浴) ・ 無		
洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
食事	普通食 ・ 糖尿病食 ・ 心臓食 ・ 腎臓食 ・ 潰瘍食 ・ その他()		
形態	主食	普通 粥 ミキサー	その他()
	副食	普通 一口大 キザミ ミキサー	その他()
	アレルギー	有() ・ 無	食べれない物 有() ・ 無
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
使用物品	布パンツ ・ リハビリパンツ ・ オムツ (パットの使用 有・無)		
現病歴			
既往歴			
デイ利用時の内服の有無	有 () ・ 無		
医療的処置	無 ・ 有(バルーンカテーテル ・ ストーマ ・ 胃ろう ・ インシュリン ・ 在宅酸素 ・ その他())		
認知症状	無 ・ 有(周辺症状 無 ・ 有(不穏 ・ 徘徊 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 異食 ・ 無気力 ・ その他())		

その他ご希望・連絡事項等

