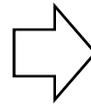


発信元

送信先

貴事業所名	フリガナ	
	TEL()	-
介護支援専門員	FAX()	-
		様



デイサービスセンター  担当 上村真未 FAX 06-6438-3922 TEL 06-6438-3911

デイサービス 体験利用申込書

● 基本情報

利用者様氏名	フリガナ	性別	男性 ・ 女性
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
住所			
	独居 ・ 同居() ・ その他()		
電話番号	— —		
緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号
	①		— —
	②		— —
介護認定	申請中 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
体験希望日	① 月 日 (曜日) ② 月 日 (曜日)		
入浴希望	有 無		

● ADL

麻痺	無 ・ 有	部位	
移動	独歩・見守り ・ つたい 手引き ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子		
食事	自立 促し ・ 近位 見守り ・ 部分 介助 ・ 介 助 ・ その他		
食事制限等	主食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ その他()	
	副食	普通食 ・ 一口大 ・ 刻み ・ その他()	
	アレルギー	無 ・ 有 ()	
	摂取方法	箸 ・ フォーク/スプーン ・ その他 ()	
病歴・既往歴等			
排泄	自立・促し ・ 近位見守り ・ 部分介助 ・ 介助 ・ オムツ使用		
入浴	自立・促し ・ 近位見守り ・ 部分介助 ・ 介助 ・ その他		
お昼の薬	無 ・ 有 お薬がある場合↓ (食前 ・ 食後)	お薬のお名前	

● ご本人・ご家族の希望

--