

富美ヶ丘荘デイ・サービスセンター 体験申込書

申し込み日	年 月 日	体験希望日	年 月 日()				
フリガナ			生年月日				
ご利用者様氏名			年	月	日生		
ご利用者様住所	〒 -						
	TEL						
ご家族様等 緊急連絡先	お名前			続柄:			
	ご住所	〒 -					
	TEL	①	②				
支援事業者名	事業所名		担当ケアマネージャー				
			様				
	電話番号		FAX番号				
要介護度等	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		負担割合	割			
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
お体の状態	食事	主食	米飯・軟飯・粥		副食	普通・一口・刻み・ペースト	
		食事のアレルギー	有・無		喫食方法	自力摂取 一部介助 全介助	
		(備考)					
	歯の状況	総義歯・部分義歯・義歯無し					
	歩行	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/>	歩行器
		<input type="checkbox"/>	車椅子	私物車椅子の持参 有・無		<input type="checkbox"/>	杖持参
		(備考)					
	排泄	<input type="checkbox"/>	自立		<input type="checkbox"/>	声掛け必要	
		<input type="checkbox"/>	一部介助必要		<input type="checkbox"/>	全介助が必要	
		排泄用品	<input type="checkbox"/> オムツ+パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ+パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ <input type="checkbox"/> パットのみ <input type="checkbox"/> 使用無				
	入浴	体験入浴	有・無		自立・一部介助・全介助		
		入浴形態	<small>(当デイは一般浴槽のみの稼働となるため、浴槽の跨ぎ動作が出来ない、歩行困難な場合等はシャワーキャリー使用にてシャワー浴対応となります)</small>				
		入浴時注意点					
	バイタル	(普段の平均) 血圧 / 、脈 、体温					
	内服状況	持参薬	有・無		持参薬内容 ()		
持参薬以外の朝・夕・食間・眠前の内服状況							
視力	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや見えにくい	<input type="checkbox"/>	見えにくい	眼鏡 有・無
聴力	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/>	聞こえにくい	補聴器 有・無
意思の伝達	<input type="checkbox"/>	容易	<input type="checkbox"/>	やや難しい	<input type="checkbox"/>	難しい	
認知症自立度		<small>認知症 周辺症状</small>	有・無		障害自立度		
既往歴							
かかりつけ医							

※既往・お薬の内容については、必ずご記載くださいます様お願い致します。