

デイサービス体験利用 申込書

令和 年 月 日

体験希望日	年 月 日 ()	同伴者	
送迎ご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入浴ご希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
フリガナ		生年月日	
ご利用者氏名	男・女	年月日生()歳	
ご住所	〒 -	電話番号	
ご連絡先 (ご家族等)	(ふりがな) お名前	続柄:()	
	ご住所	〒 -	電話番号
支援事業者名	事業所名	電話番号	
	担当介護支援専門員	FAX番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区変申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> メガネ(有・無)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なことなら可 <input type="checkbox"/> 大体できる <input type="checkbox"/> 困難		
ADL状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車イス使用	立位 <input type="checkbox"/> 可・不可
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 声掛け誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	<input type="checkbox"/> 義歯(有: . 無) <input type="checkbox"/> うがい(できる・できない)		
趣味・特技・好きなこと			
嫌いなもの・苦手なこと			
お食事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> ペースト
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食品名()
バイタル値	体温平熱(高値・低値) 血圧平常(高値・低値) 脈拍平常(早い・遅い)		
既往歴			
現疾病			
お薬の持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり お薬情報()		
介護おける留意点・特記事項などがございましたらお教えてください。			

上記、個人情報につきましては、当デイサービス事業でのみ、使用いたします。

社会福祉法人四天王寺福祉事業団 デイサービスセンター(認知症対応型)四天王寺きたやま苑

〒543-0035 大阪市天王寺区北山町9番6号 電話 06-6773-1811 FAX 06-6773-1840