

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		☐ なし ☐ あり		入浴ご希望		☐ する ☐ しない		
フリガナ						生 年 月 日		
ご利用者氏名						年 月 日生()歳 男・女		
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		☐ 未認定 ☐ 新規申請中 ☐ 区変申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5						
視力		☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 ☐ 視野狭窄 ☐ メガネ(有・無)						
聴力		☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴 ☐ 補聴器使用(右・左)						
意思の伝達		☐ できる ☐ 簡単なことなら可 ☐ 大体できる ☐ 困難						
ADL状況	移動	☐ 自立 ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 車イス使用					立位	可・不可
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 半介助 ☐ 全介助						
	排泄	☐ 自力 ☐ 声掛け誘導 ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
		☐ 布パンツ		☐ リハビリパンツ		☐ 紙オムツ		
	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 半介助 ☐ 全介助						
	整容	☐ 義歯(有: . 無) ☐ 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	☐ 米飯 ☐ お粥		副食	☐ 常食 ☐ 粗刻み ☐ ペースト			
	アレルギー	☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 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 高津地域在宅サービスステーション四天王寺たまつくり苑

〒543-0014 大阪市天王寺区玉造元町1番29号 電話 06-6763-4115 FAX 06-6763-4165