

デイサービス太陽 利用申込書

氏名		男 女	生年月日
			明・大・昭 年 月 日

住所	〒 - [電話番号] ()
----	----------------

緊急連絡先	氏名	住所		電話番号 ()
	続柄			
	氏名	住所		電話番号 ()
	続柄			

同居の家族	氏名	続柄				特記事項

居宅介護 支援事業所		担当者 氏名	
		電話	()
		FAX	()

希望 ご利用日	月・火・水・木・金・土・日
------------	---------------

要介護度	要支援 1・2	有効期限
	1・2・3・4・5	平成 年 月 日迄

食事	常食・粥食・極刻み・ミキサー	特記事項	
	箸・スプーン・フォーク		
	好き嫌い()		
	禁食()		
	自立・声かけ・半介助・全介助		

送迎	有り・無し (往復・片道) 車いす		
	特記事項		

入浴	有り・無し (一般浴・シャワー浴)			
	洗身・洗髪	自立・声かけ・半介助・全介助	麻痺	右片・左片・無
	浴槽	立ってまたげる・座ってまたげる	衣類着脱	自立・声かけ・半介助・全介助
	特記事項			

A D L	歩行	排泄		コミュニケーション		視力			口腔ケア・整容等
		尿	便	聞く	話す		左	右	
	自立	自立	自立	普通	普通	良く見える			自立
	見守り	声かけ	声かけ	少し困難	少し困難	見え難い			声かけ
	支え	要介助	要介助	困難	困難	見えない			半介助
	手引き	パット	パット	出来ない	出来ない				全介助
	杖歩行	リハパン	リハパン	補聴器					
	車椅子	フラット	フラット						

備考	
----	--

身長 約 cm	特別な医療		認知症		嗜好 タバコ アルコール	
	無 ・ 有		無 ・ 有			
	体重 kg	()				
		身体障害者手帳				
体型	無 ・ 有					
	()					

生活・既往歴	
--------	--

現 病 歴	疾患名	病院	主治医	通院状況
		電話番号 ()		診察 /週 /月
		電話番号 ()		診察 /週 /月
		電話番号 ()		診察 /週 /月

内服薬	服薬状況	
	自立・一部介助・不可	

主訴や要望	家族の要望	生活の注意点