



デイサービス太陽スポーツ館 『 』 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	関係	住所	TEL ( )
	氏名	関係	住所	TEL ( )

同居家族	氏名	続柄		特記事項

居宅介護 支援事業所	住所	TEL ( )
	担当介護支援専門員氏名	

希望ご利用日	AM	月	火	水	木	金	土
	PM	月	火	水	木	金	土

要介護度	要支援	1	2	年 月 日まで
	1 2 3 4 5			

感染症	なし	あり ( )
-----	----	--------

送 迎	なし	あり ( 往復 片道 )
	特記事項	

申し込み年月日 年 月 日

ADL	歩行	動作		排泄		コミュニケーション		視力		
				尿	便	聞く	話す		左	右
ADL	自立	起立	可・不可	自立	自立	普通	普通	見える		
	見守り	座位	可・不可	声かけ	声かけ	少し困難	少し困難	見え難い		
	支え	寝返り	可・不可	要介助	要介助	困難	困難	支障あり		
	手引き	常臥床	可・不可	オムツ	オムツ	出来ない	出来ない	見えない		
	杖使用			パット	パット	補聴器		眼鏡		
備考										
ADL	食事	入浴	衣類の着脱	口腔ケア・整容など		身長		特別な医療		
						cm位		無・有( )		
	自立	自立	自立	自立		体重		身体障害者手帳		
	声かけ	声かけ	声かけ	声かけ		Kg位		無・有( 種 級)		
	半介助	半介助	半介助	半介助		体型		特記事項		
備考					自宅での状況					
既往歴										
生活歴										
現病歴	疾患名		主治医		病院名			通院状況		
								診察		
					Tel ( )			/週 /月		
								診察		
				Tel ( )			/週 /月			
内服薬								服薬管理		
								可 一部 不可		
主訴や要望			家族の要望					生活の注意点		