

デイサービス太陽 【梅里の湯】 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 ()			
	氏名	住所		電話番号 ()			
同居の家族	氏名	続柄	_____			特記	
居宅介護 支援事業所				担当者			
				氏名			
				電話	()		
				FAX	()		
希望 ご利用日	午前	月・火・水・木・金・土・日					
	午後	月・火・水・木・金・土・日					
希望開始日	令和 年 月 日						
要介護度	要支援 1・2			有効期限			
	1・2・3・4・5			令和 年 月 日迄			
水分	制限 あり・なし			特記			
	水分トロミ あり・なし						
送迎	有り・無し (往復・片道) 車いす						
	特記						
入浴	洗身・洗髪	自立・声かけ・半介助・全介助			麻痺	右片・左片・無	
	衣類着脱	自立・声かけ・半介助・全介助					
	特記						

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	支障あり			半介助
	手引き	パッド	パッド	出来ない	出来ない	見えない			全介助
	杖歩行	リハパン	リハパン	補聴器	自助具等	メガネ			
	車椅子	フラット	フラット						
備 考									
	特別な医療			認知症			趣味・趣向		
	有・無 ()			有・無					
	身体障害者手帳 有・無 (種 級)								
生 活 ・ 既 往 歴									
現 病 歴	疾患名	病院			主治医	通院状況			
		TEL ()				診察 /週 /月			
		TEL ()				診察 /週 /月			
		TEL ()				診察 /週 /月			
感 染 症	あり・なし			皮 膚 患	有りの場合(病名:)				
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			