

# まちの善デイサービス 無料体験申込書

申込日 年 月 日

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 居宅事業所名     | 事業所No.   |  |
| ご担当者       | TEL  | FAX  |
| 利用者情報      | フリガナ   | ( 歳)   |
|            | 氏名   | 男・女 生年月日 T . S 年 月 日   |
|            | 住所   | TEL  |
|            | 要介護度   | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中・区変中( 年 月 日)                                      |
|            | 保険者名称  | 市町村 保険者番号 被保険者番号   |
|            | 認定年月日  | 年 月 日 交付年月日 年 月 日  |
|            | 認定有効期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日  |
|            | 生活保護   | 有 無 その他の減免 有・無 ( )   |
| 世帯類型       | 1. 同居世帯 2. 同居世帯(日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. ひとり暮らし  |  |
| かかりつけ      | 病院名 主治医  | TEL  |
| 緊急連絡先      | 氏名   | 続柄   |
|            | 住所   | TEL  |
| 体験希望日      | 年 月 日  | 利用開始希望日 年 月 日  |
| 希望曜日       | 月 火 水 木 金 土 日  | 希望利用時間 <input type="checkbox"/> 7 ~ 8 時間 <input type="checkbox"/> 8 ~ 9 時間 |
| 既往<br>現状疾患 |  |  |
| 服薬内容       | (自己管理 ・ 手渡し声掛け ・ 介助必要)   |  |
|            |  | 備 考  |
| 移動         | 自立 見守り 一部介助 ( ) 全介助  |  |
|            | 杖・歩行器・手押し車・車椅子(自走・介助) 装具(有・無)  |  |
| 送迎         | 普通車 ・ 車椅子対応 (移乗 可 ・ 不可)  |  |
| 食事         | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 胃ろう  |  |
|            | 常食 ・ 制限食(水分・塩分等 )  |  |
|            | 普通食・軟食・一口大・キザミ食(粗・細) ミキサー食   |  |
| 排泄         | 尿・便の自発(有・無) 紙パンツ・パット・オムツ   |  |
| 入浴         | 入浴 歩行浴 ・ 介助浴 感染症(有・無)  |  |
| 心身状況       | 麻痺(有・無) 拘縮(有・無) 疼痛(有・無)<br>立位(有・一部介助・全介助) 座位(保持・不可)<br>視力(保持・無) 聴力(保持・無)<br>意思疎通(可・困難・不可) 認知症(有・無) |  |
|            | 特記事項<br>.....<br>.....<br>.....  |  |
| 利用上の留意点    | .....<br>.....   |  |