

<デイサービスひなた菱木 体験申込書> FAX 072-339-4651

*事前面談実施の為、体験希望日の1週間前にはお申込み下さい。申込日:平成 年 月 日()

ふりがな		性別	生年月日	介護区分
利用者様氏名	様	男・女	明治・大正・昭和	支援・介護()
			年 月 日(歳)	期間終了 年 月 日
住所	(〒 -)		電話番号	

【緊急連絡先】

ふりがな		電話番号	自宅	
氏名	続柄()		携帯電話	
主治医	医療機関名			
	担当医		電話番号	

体験ご希望日	第一希望	平成 年 月 日()	第二希望	平成 年 月 日()
--------	------	-------------	------	-------------

【既往歴】

--

【利用者様の状況】

移動	自立・杖使用・歩行器使用・手引き歩行・車椅子(自走・介助)	立位	可・不可	
整体	有・無	疼痛部位		
入浴	有(自立・見守り・一部介助・全介助・シャワー浴)・無	主治医の指示が無い場合は血圧150以上で入浴を中止することがあります。		
更衣	自立・一部介助・見守り・全介助	塗布薬処置	有()・無	
排泄	自立・誘導(声かけ)・見守り・一部介助・全介助	オムツ等	有()・無	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	手段	箸・フォーク・スプーン	
	主食	普通・お粥・おにぎり	副食	普通・一口大・刻み・その他()
	アレルギー	有()・無	禁止食品	有()・無
服薬	有(食前・食後・食間)・無・その他()			
視力	正・弱・盲(眼鏡有・無)	聴力	正・弱・難(補聴器有・無)	
認知	有(I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・V)・無	意思疎通	可・難・不可	

【留意点・特記事項】

--

担当ケアマネージャーまたは地域包括センター担当者

事業所名	事業所番号()	TEL	
氏名		FAX	

ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

- お願い事項
- ① 事前面談を実施の為、一週間前にはお申込みお願い致します。(日曜日を除く前日)
 - ② 食事代450円・おやつ代50円、計500円、当日お支払お願い致します。
 - ③ 入浴ご希望の方は**感染症の有無**が確認できる書類もFAXお願い致します。

デイサービスひなた菱木

事業所番号(2776301687)

〒593-8315 堺市西区菱木1丁2313
TEL 072-339-4165 / FAX 072-339-4651