

＜デイサービスひなた 体験申込み書＞ FAX 072-279-2102

* 事前面談実施の為体験希望日の1週間前にはお申し込みください。申込み日: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	氏名	電話番号	自宅
	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 ()
--------	------	--------------	------	--------------

体験利用時間	10:00 ~ 15:30
--------	---------------

【既往歴】

【利用者様の状況及びご希望】

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。	
プール	有・無	感染症	有・無・不明 *当日の体調によりプール利用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・パット等	有()・無
食事	自立・見守り・一部介助・全介助		手段
	主食	普通・お粥・おにぎり	箸・フォーク・スプーン
	アレルギー	有()・無	禁止食品
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
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		

【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様

事業所名	事業所番号()	電話	
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	<p>① 事前面談を実施の為、一週間前にはお申し込みお願い致します。(日曜日を除く前日)</p> <p>② 食事代500円・おやつ代100円、計600円、当日お支払いお願い致します。</p> <p>③ 入浴・プール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。 *感染「有」又は「不明」の場合、最終での入浴とさせていただきます。</p> <p>④ プールご希望の方は水着・キャップのご持参お願い致します。 *水治訓練対象外の方や排泄コントロールが難しい方のプール利用はご遠慮頂いております。</p>
-------	---

デイサービスひなた 事業所番号(2776102481)

〒599-8276 堺市中区小阪284 TEL 072-279-2109 / FAX 072-279-2102