

〈デイサービスひなた菱木 体験申込書〉FAX 072-339-4651

申込日:令和 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	令和 年 月 日()	第二希望	令和 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
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様または地域包括センター担当者様

事業所名	事業所番号()	TEL	
氏名	様	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食事代550円・おやつ代50円、計600円、当日お支払をお願い致します。
- ②入浴ご希望の方は**感染症の有無**が確認出来る書類も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 堺市中区菱木1丁2313
 TEL 072-339-4165 / FAX 072-339-4651