

# 〈デイサービスひなた 体験申込書〉 FAX 072-279-2102

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 ( )
体験利用時間	10:00 ~ 15:00			
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	
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	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	<p>①事前面談を実施の為、1週間前にはお申込みをお願い致します。(日曜日を除く前日)</p> <p>②食事代・おやつ代として670円、当日お支払をお願い致します。</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、利用者様終了後の入浴として頂きます。</p> <p>④プールご希望の方は主治医による個別機能訓練指示書・水着・キャップのご持参をお願い致します。 ※水浴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>
-------	---