

# 体験申込み書

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または地域包括センター担当者

氏名	様	TEL	
事業所名	事業所番号( )	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体験ご利用前に事前アセスメントの為、訪問させて頂きますので体験ご希望日より1週間程前にお申込みお願い致します。
- ②食事代600円・おやつ代50円、計650円、当日お支払お願いいたします。
- 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お願いいたします。

デイサービスひなた 深井 事業所番号(2776101087)  
〒599-8271 堺市中区深井北町172-1  
TEL 072-279-4165 / FAX 072-279-2951