

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670円・おやつ代80円、計750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