

# 〈 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 ・ 17:00 ~ 21:00			
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820円、イブニングは720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<b>感染症の有無</b>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<b>主治医による個別機能訓練指示書</b>・水着・キャップのご持参をお願い致します。 ※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>
-------	--