

# ＜デイサービスひなた 体験申込み書＞ FAX 072-279-2102

\* 事前面談実施の為体験希望日の1週間前にはお申し込みください。 申込み日:平成 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 年 月 日 ( 歳)	要支援( ) 要介護( )
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	平成 年 月 日( )	第二希望	平成 年 月 日( )
--------	------	-------------	------	-------------

体験利用時間	10:00 ~ 15:30
--------	---------------

**【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
	*当日の体調によりプール利用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・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		

**【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様**

事業所名	事業所番号( )	電話	
氏名		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、<b>一週間前</b>にはお申込みお願い致します。(日曜日を除く前日)</p> <p>② <b>食事代500円・おやつ代100円、計600円</b>、当日お支払いお願い致します。</p> <p>③ 入浴・プールご希望の方は<b>感染症の有無</b>が確認できる指示書もFAXお願い致します。 *感染「有」又は「不明」の場合、最終での入浴とさせていただきます。</p> <p>④ プールご希望の方は<b>水着・キャップ</b>のご持参お願い致します。 *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>
-------	--

**デイサービスひなた 事業所番号(2776102481)**

**〒599-8276 堺市中区小阪284 TEL 072-279-2109 / FAX 072-279-2102**