

# <デイサービスひなた深井 体験申込書> FAX 072-279-2951

\*事前面談実施の為、体験希望日の1週間前にはお申込み下さい。申込日: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	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	平成 年 月 日( )	第二希望	平成 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

## 【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

事業所名	事業所番号( )	TEL	
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
- ① 事前面談を実施の為、一週間前にはお申込みお願い致します。(日曜日を除く前日)
  - ② 食事代450円・おやつ代50円、計500円、当日お支払お願い致します。
  - 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お願い致します。

**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番地1  
TEL 072-279-4165 / FAX 072-279-2951