

<デイサービスひなた菱木 体験申込書>

FAX 072-339-4651

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	大正・昭和 年 月 日 (歳)	介護 () 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	様 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・一部介助・見守り・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)
日常生活	寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		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連絡下さい。

- お願い事項
- ① 食事代 670円・おやつ代80円、計 750円は当日お支払お願い致します。
 - ② 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菱木

事業所番号(2776301687)

〒593-8315 堺市西区菱木1丁2313

TEL 072-339-4165 / FAX 072-339-4651