

# 藤の里「結い」デイサービス 利用申込書

電話  来所  訪問

利用希望者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名	様	男 女	M T S	年 月 日	歳
	住所	〒 _____ 【独居・同居】				
	電話番号					
	要介護認定の有無	あり( 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ) ・ 申請中 ・ なし				
	介護保険利用歴	あり( _____ ) ・ なし				
	主病名					
	日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(一般浴 リフト浴)		
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(オムツ 紙パンツ その他)		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(杖 歩行器 車いす)			
認知症の状態	( _____ )					
	日常生活自立度( I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M )					
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル		
	<input type="checkbox"/> 床ずれ処置	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> その他			
感染症の有無	有( _____ ) 無					
現在の状況	在宅 ・ 病院( _____ ) ・ その他( _____ )					

相談内容	
------	--

ご相談者	氏名		ご利用者との関係	
	住所	〒 _____		
	電話番号	自宅/	携帯/	
	紹介先	担当ケアマネ		

ご希望欄に○を付けてください。

1日体験の申し込み *希望者送迎可(時間応相談)		希望しない
		希望する *食費 昼¥650(おやつ代含む)のみでご利用頂けます。 *ご希望日時をお知らせください。 ( _____ )

申込日	平成	年	月	日	受付者名	
-----	----	---	---	---	------	--