

いきいきタウンのだ 在宅サービス利用申込書

デイサービスいきいきタウンのだ (体験) ショートステイいきいきタウンのだ

利用希望者	様		男・女	生年月日					
				M・T・S	年 月 日 (歳)				
	住所：								
電話： ()		介護度：		<input type="checkbox"/> 生保					
居宅	事業所名：		担当ケアマネ：		TEL： ()				
緊急連絡先	1	氏名：		続柄 () 住所：					
		連絡先：(自宅・職場・その他)		電話番号：					
	2	氏名：		続柄 () 住所：					
		連絡先：(自宅・職場・その他)		電話番号：					
病歴・経過	年頃			主治医・服薬等	医院：		担当医：		
	年頃				電話番号：				
	年頃				注意すること：				
	年頃				感染症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ()				
利用者の状況	移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ 他								
	立位： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他								
	座位： 可 ・ 不可 注意事項：								
	食事： 自立 (箸・スプーン・フォーク) ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他								
	食事形態 (常食 ・ 粥 ・ 刻み ・ ミキサー ・ その他) 禁食：								
	排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他								
	排泄方法 (トイレ・Pトイレ・リハビリパンツ・オムツ・尿器・その他)								
	入浴： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他								
	視力： 見える ・ 眼鏡使用 ・ 弱視 ・ 見えない (左・右) ・ その他								
	聴力： 聞こえる ・ 聞こえる(補聴器使用) ・ 聞こえにくい ・ 難聴(右・左)								
	言語： 問題なし ・ 支障あり (聞き取りにくい ・ 失語あり)								
	麻痺： なし ・ あり (右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢)								
	更衣： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他								
認知症： なし ・ あり ()									
周辺症状： なし ・ あり ()									
アレルギー： なし ・ あり ()									
サービスについて	初回利用希望日： ()				送迎希望： (行き ・ 帰り)				
	通所希望曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土				入浴のご希望： する ・ しない (足浴 ・ シャワー浴)				
	ご本人の希望								
	ご家族の希望								
備考 (注意して欲しい事柄)									