

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)								