

ほほえみの里デイサービスセンター 利用申込書

平成 年 月 日

ご事業所名		ご担当者名	
TEL		FAX	

【基本情報】

フリガナ				性別	男・女
ご氏名					
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)				
ご住所					
電話番号					
要介護度	申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)				
主治医	病院名		主治医		
利用曜日	月・火・水・木・金		利用時間	7-9(9:00-16:15)・5-7(11:00-16:15)	
緊急 連絡先	氏名	(続柄)		サービス	(入浴)希望する・希望しない
	電話番号				(機能訓練)希望する・希望しない
環境	独居・同居・高齢者世帯	特記 事項			

【身体状況】

移動	自立・杖・歩行器・車イス	
入浴	自立・一部介助・全介助	
食事	自立・一部介助・全介助	
	主食	普通・軟飯・粥
	副食	普通・一口大・きざみ 極きざみ・ゼリー食
排泄	自立・一部介助・全介助	
	尿便意(あり・なし)	
	紙パンツ・パット・おむつ	

【健康状態】

既往歴	
血压	/
聴力障害	なし・あり()
眼疾患	なし・あり()
皮膚疾患	なし・あり()
感染症	なし・あり()
内服薬	昼食前・昼食後・なし
	薬の内容()

上記事項を分かる範囲でご記入下さい。主治医意見書等あれば、添付して下さい。

ほほえみの里デイサービスセンター
TEL 0566-85-2605 FAX 0566-85-2537