

ゆーのデイサービス体験申込書

【利用者様について】

フリガナ	性別	生年月日	介護区分
氏名	男・女	明治/大正/昭和 年 月 日生	要支援() 要介護()
住所	〒		TEL
かかりつけ病院名:	診断名(病名・既往歴・告知の有無) <small>本人に告知していない病名があれば一筆お願いいたします</small>		内服薬 内服方法(点眼含)
担当主治医:			
連絡先: ()			
連絡先	フリガナ	利用者様との続柄	携帯電話
	氏名		
住所	〒		TEL

【ご利用サービスについて】

利用希望日 印	月	火	水	木	金	土	食事	希望・不要	入浴	希望・不要	
送迎	迎え(希望・不要) 送り(希望・不要)						その他 要望				

【利用者様の状況について】

移動	自立・見守り・一部介助・全介助 その他()									
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 その他()									
	主食	常食・おかゆ・トロミ・その他()								
	副菜	常食・一口大・刻み・トロミ・その他()								
	アレルギー	無・有()								
	摂取方法	箸・フォーク/スプーン・その他()								
投薬	昼食後	無・有()								
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 その他()									
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 その他()									
	オムツ	無・有(リハビリパンツ・パット・オムツ) その他()								
	使用器	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・その他()								
認知症	無・有 特に注意する点()									
	問題行動 徘徊・独語・幻覚・不潔行為・夜間せん妄 その他()									

【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

氏名		電話	-
事業所名	事業所番号()	FAX	-
住所	〒	携帯電話	-