

デイサービスセンターよしじま 一日体験お申込書

申込日： 年 月 日

ご利用者	ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	〒 TEL		
緊急連絡先	氏名			続柄
	住所	〒		TEL① TEL②
居宅介護 支援事業所	名称			TEL
	担当者			FAX
かかりつけ医	名称			
	主治医			TEL

ご利用希望日	年 月 日 曜日	送迎	有り ・ 無し
要介護認定	未申請 ・ 要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		

A D L 他 の 状 況	健康状態 (疾病)		服薬	有り ・ 無し
	排泄	全介助 ・ 部分介助 ・ 見守り ・ 自立 (ホータブル ・ オムツ ・ 尿器 ・ カテーテル挿入)	特記	
	食事	全介助 ・ 部分介助 ・ 見守り ・ 自立 (普通 ・ お粥 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー)	特記	
	移動	全介助 ・ 部分介助 ・ 見守り ・ 自立 (独歩 ・ 杖 ・ 車いす ・ シルバーカー)	特記	
	入浴	全介助 ・ 部分介助 ・ 見守り ・ 自立 ・ 不可 (一般浴槽 ・ 特殊浴槽)	特記	
	麻痺	有り ・ 無し (筋力低下 ・ 浮腫あり)	家族構成 (ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 ・ その他)	
	意思疎通	良好 ・ やや困難 ・ 困難		
	BPSD	有り() ・ 無し		
	視力障害	有り ・ 無し (眼鏡 : 有り ・ 無し)		
聴力障害	有り ・ 無し (補聴器 : 有り ・ 無し)			

留意事項	
------	--

ご要望	
-----	--