

通所リハビリテーション翔寿苑 デイサービスセンターアオヤギ 利用相談申込書

令和 年 月 日 ()						
フリガナ		男・女	大正 昭和 年 月 日 平成	歳	介護度	負担割合
利用者氏名	様					
住所	〒			電話番号		
相談者氏名	様 続柄 ()	住所	〒			
支援事業所名				介護支援専門員		
電話番号			FAX番号			
希望日	月 火 水 木 金 土		希望曜日無	_____ 回 / 週 希望		
希望サービス	送迎 (一般 ・ 車椅子) 入浴 (無 ・ 有 [一般 ・ 機械]) 個別リハビリ (無 ・ 有)					
本人の希望				家族の希望		
利用目的						
<利用者状況>						
診断名						
既往歴				主治医		
発症状況						
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	寝 返 り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	起 き 上 が り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座 位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立 ち 上 が り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
整 容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立 位 保 持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
移動方法	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子)					
視 力	普通 ・ 目の前の物は見える ・ ほとんど見えない ・ 見えているのか判断不明					
聴 力	普通 ・ 大きな声なら聞こえる ・ ほとんど聞こえない ・ 聞こえているのか判断不明					
認知症	有 (軽 ・ 中 ・ 重) 無					
症状 (具体的に)						
住 宅	一戸建て ・ 集合住宅 F (エレベータ : 有 ・ 無)					
実態調査 予 定	日時	月 日	AM / PM	:	担当	
	場所	来苑 : (本人 ・ 家族) 自宅				
備 考						