

デイサービスセンターてしろ デイサービスセンターてしろのにお
 見学申込書 利用申込書

申込日 年 月 日

取引先様	事業所名												
	事業所番号						担当者氏名						
	連絡先	<input type="checkbox"/> 〆					FAX						
	フリガナ						性別	生年月日					
	利用者氏名						<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日				
	現住所	〒			-			同居家族	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫		
	電話番号		-		-		他						
	緊急連絡先	【第1】	氏名				続柄			<input type="checkbox"/> 〆			
		住所	〒			-							
	【第2】	氏名				続柄			<input type="checkbox"/> 〆				
住所	〒			-									
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5												
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 減額認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
有効期間	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日												

利用者情報②	現疾病 (既往歴)												
	医療機関						担当医				連絡先		
	入院歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		入院先									
	内服薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		種類	自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		別紙情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		内服薬目薬他											
	身体状況	床ずれ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		部位								
		拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		部位								
		麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		部位								
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えない時がある <input type="checkbox"/> 見えない			眼鏡	<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない						
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴			補聴器	<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない						
		嚥下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り										
	日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
			【主食】 <input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> 粥 【副食】 <input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 超きざみ 【アレルギー】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
		食事内容・形態等の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
		移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器										
		着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
		座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 感染症有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医意見書より)										
		睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠剤 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)										
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット										
歯		<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分入歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)											
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日常生活自立度ランク	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
趣味	症状												
送迎	車酔い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		○特記事項									
本人・家族のニーズ													

利用希望	利用日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土							週 回利用希望
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土							
	入浴	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土							
	送迎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> なし(家族送迎など)							