

すごろくデイサービスセンター 体験申込用紙

申込日： 年 月 日 ()

フリガナ		性別	生年月日
利用者氏名	様	男・女	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -		電話番号
体験希望日	第1希望	年 月 日 ()	
	第2希望	年 月 日 ()	
送迎希望	<input type="checkbox"/> 有 : ~ : <input type="checkbox"/> 無	同伴者	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
入浴	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワー浴) <input type="checkbox"/> 無		

【緊急連絡先】

フリガナ		電話番号
家族氏名	続柄 ()	

【利用者様の状況及びご希望】

要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区変申請中 <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		
既往歴			
現病歴			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車いす (自走・介助)		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おかゆ	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無	
	禁止食	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無	
服薬	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 眼鏡 (有・無)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器 (右・左)		
認知	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な事なら可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
【留意点・特記事項】			

【担当ケアマネージャー様または地域包括支援センター担当者様】

事業所名		TEL	
氏名		FAX	

ご不明な点がございましたらご連絡ください。

すごろくデイサービスセンター	〒583-0864	羽曳野市羽曳が丘6丁目7-3
TEL 072-951-3507 / FAX 072-951-9757	担当者	()