

井高野デイサービスセンター(利用・体験)申込書

申込日 年 月 日

利用者 情報	ふりがな		男・女	生年月日	大正 年 月 日	
	氏名				昭和 (歳)	
	住所	(〒 - - -)				
	連絡先	□() - - -				
	介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
	住まいの状況	・持ち家・集合住宅 階・エレベーター(有・無)				
	世帯類型	1. 同居世帯 2. 同居世帯(日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. ひとり暮らし 5. その他				
家族	氏名		続柄	住所(連絡先)		
	1			□() - - -		
	2			□() - - -		
居宅介護 支援事業所			担当者名			
□() - - -						
身体状況	歩行	1. 自立 2. 杖歩行 3. 介助歩行 4. 歩行器 5. 車イス				
	食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
	食事内容	1. 普通食 2. 1口大 3. 刻み食 4. ミキサー食				
	排せつ	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. おむつ使用				
	入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	入浴方法	1. 一般浴 2. リフト浴		
	視力	1. 正常 2. 見えにくい(右・左) 3. 見えない(右・左) 4. 眼鏡(有・無)				
	聴力	1. 正常 2. 聞こえにくい(右・左) 3. 聞こえない(右・左) 4. 補聴器(有・無)				
	意思疎通	1. 問題ない 2. やや困難 3. かなり困難 4. できない				
	障害手帳	1. 無 2. 有()級 障害部位()				
	服薬	1. 無 2. 有				
	既往歴					
	治療中の病気					
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	正常・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2					
認知症である老人の日常生活自立度判定基準	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
認定調査票「嚥下について」	1.できる 2.見守り等 3.できない					
認定調査票「食事摂取について」	1.介助されていない 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助					
認定調査票「口腔清潔について」	1.介助されていない 2.一部介助 3.全介助					
かかりつけ医	病院名		主治医	□() - - -		
利用希望	月・火・水・木・金・土()回					
	入浴	1. 希望する 2. 希望しない				
特記すべき事項 ※感染症 有・無						
<hr/> <hr/>						