

見学 ・ 無料体験利用申込書

輝生会みおつくしデイサービスセンター天満 行

FAX : 06-6292-5212

申請日	平成 年 月 日		
利用者	フリガナ 氏名	-----	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	住所	TEL	
	介護度	要支援() 要介護() 申請中 ・ 区変中	
居宅介護支援事業所名		担当者名	
体験希望 利用日	平成 年 月 日(曜日)	午前 ・ 午後 ・ 1日	
利用希望曜日	月 火 木 金 土		
緊急連絡先	フリガナ 氏名	-----	
	住所		
	電話番号		携帯番号

【以下わかる範囲でご記入お願い致します】

既往症	
現病歴	(主治医: 病院 ・ 医院 先生)
経過	

以下該当するものに○を付けてください

認知の状態	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
感染症	不明 ・ 無 ・ 有 (疥癬 ・ 結核 ・ MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他)
内服	不明 ・ 無 ・ 有 ()
* 上記情報	引用元(主治医意見書 ・ ご本人聞き取りにて ・ ご家族聞き取りにて ・ その他)
ADL	食事・・・自立 ・ 一部介助() ・ 全介助
	排泄・・・自立 ・ 一部介助() ・ 全介助
	更衣・・・自立 ・ 一部介助() ・ 全介助
	移動・・・自立 ・ 一部介助() ・ 全介助
	移動時使用器具 ... T字杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他()
主訴	(ご本人、ご家族の希望・優先事項等をなるべく詳しく記入してください)

その他、疾患などに伴う注意事項があれば記入してください。

* ご記入いただきました個人情報については一日体験時、本施設スタッフ間のみ使用させていただきます