

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