

デイサービスはつね申込書 No.1

申込日	平成	年	月	日	申込者		電話					
今後の状況	<input type="checkbox"/> 利用者にご利用の提案											
	<input type="checkbox"/> 見学をしたい					ご見学希望日時 月 日 時 分 送迎 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし						
	<input type="checkbox"/> 利用が決定している											
	<input type="checkbox"/> 利用が決定している											
利用者情報	ふりがな				男・女	生年月日			年齢	歳		
	氏名											
	住所	〒					連絡先					
	介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	申請中	区分変更中		
	介護保険被保険番号				有効期限	平成	年	月	日から	生保	有	無
	ケアマネ様事業所名				担当 ケアマネ様			ケアマネ様 連絡先				
	かかりつけ病院				主治医			病院 連絡先				
	主な病名								感染症 があれば			
	内服薬											
	経過											
ご利用希望日	月	火	水	木	金	土	日	※サービス提供時間		希望 利用回数	週	回
	午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	午前利用	9:00~13:00	うち3時間		
	午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	午後利用	13:30~17:30	うち3時間		
（緊急時連絡の優先順）	ふりがな			続柄	同居・別居	住所		電話番号				
	氏名				同・別							
					同・別							
					同・別							
					同・別							
利用者情報・ご家族の状況に関してその他何かありましたらご記入ください。												

デイサービスはつね申込書 No.2

			特記事項
食 事	形態	主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> おにぎり 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻 <input type="checkbox"/> ミキサー	
	手段	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン エプロン使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
移 動	起立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 歩行器	
	手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助	
		<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助必要)	
入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴希望 <input type="checkbox"/> 機械浴希望 <input type="checkbox"/> 自力入浴可能(見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助		
意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単なことなら分かる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> ほとんど分からない		
視 力	<input type="checkbox"/> 問題なく見える <input type="checkbox"/> だいたい見える <input type="checkbox"/> 光を感じる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なく聴こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元なら聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聴こえない		
麻 痺・拘 縮	<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足		
そ の 他	<input type="checkbox"/> 物忘れが激しい <input type="checkbox"/> 理由もなくイライラする <input type="checkbox"/> 家族と他人を区別できない <input type="checkbox"/> うろうろ歩き回る <input type="checkbox"/> 暴言や暴力行為 <input type="checkbox"/> 異物を食べる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()		