

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	
	<input type="checkbox"/> 利用が決定している		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					
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 平成 年 月 日まで	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 木 金 土	※サービス提供時間			希望 利用回数	週 回
	午前 □ □ □ □ □	午前利用 8:30~12:30 うち3時間				
	午後 □ □ □ □ □	午後利用 13:00~17:00 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(