

はつね柿の木坂 利用申込書 No.1

申込日	令和 年 月 日	申込者	電話							
今後の状況	<input type="checkbox"/> ご見学希望		第一希望 月 日 時 分							
	<input type="checkbox"/> ご契約希望		第二希望 月 日 時 分							
	<input type="checkbox"/>		日程が決定済み 月 日 時 分							
	<input type="checkbox"/> デイサービス側で利用者に連絡をして見学や契約の日程を決めてほしい ※日程が決まり次第ご報告いたします。									
希望	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> お弁当(持ち帰り) <input type="checkbox"/> その他()									
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 令和	年 年	月 月	日 日	から 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	水	木	金	土	日	希望 利用回数	週 回	
	午前	□	□	休	□	□	□	休		
	午後	□	□	休	□	□	□	休		
(緊急時ご家族の状況 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。										
分かる範囲で構いませんので、お送りください。										

はつね柿の木坂 利用申込書 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"/> うろろう歩き回る <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()	