

通所介護 藤デイサービスセンター 利用申込書

申込日	平成	年	月	日	申込者		電話		続柄							
利用者	ふりがな					男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	年齢	歳			
	氏名															
	住所	〒						電話								
	介護度	支1	支2	1	2	3	4	5	介護保険証有効期限	平	年	月	日	申請中	更新中	区変中
	居宅介護支援事業所					担当			身体障害者手帳	有(級)	無				
	かかりつけ病院					主治医			連絡先							
	主な病名															
利用希望の曜日	日	月	火	木	金	☆水・土はお休みです	送迎車の希望	無	有(往路復路 往復とも)	入浴の希望	無	有				
家族状況	ふりがな	年齢	続柄	同居別居の別	住所				電話番号							
	氏名			同・別												
				同・別												
				同・別												
おうちで困っている事などあれば、ご記入下さい <hr/>																

		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 <input type="checkbox"/> 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/>	
	手段	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
移 動	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助が必要	
	手 段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力 ・ 介助必要）	
排 泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 安心パンツ		
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーン		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ誘導が必要 <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助		
入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一人で可能だが見守りが必要		
	<input type="checkbox"/> 洗髪などに一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自宅で入浴不可能		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な事なら分かる		
	<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"/> 大声なら聴こえる		
	<input type="checkbox"/> 耳元なら聴こえる <input type="checkbox"/> 全く聴こえない		
その他	<input type="checkbox"/> 最近の事をよく忘れる <input type="checkbox"/> 日時・曜日が分からなくなる		
	<input type="checkbox"/> 場所が分からなくなる <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（ ）		