

デイサービス ことぶきのもり 利用申込書

申込日： 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名			電話番号	
住所	(〒 -)				
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
世帯類型	<input type="checkbox"/> 同居世帯 <input type="checkbox"/> 同居世帯（日中ひとり） <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし				
家族	氏名		続柄	住所（連絡先）	
	1				tel
	2				tel
	3				tel
居宅介護支援事業所					
地域包括支援センター					
担当ケアマネジャー					
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食（ kcal） <input type="checkbox"/> 腎臓病食（ kcal） 他（ ） 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他（ ） 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他（ ） アレルギー： <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし 摂食動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	尿意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> おむつ交換 下着： <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> できない			
	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 症状：			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり 部位（ ） <input type="checkbox"/> なし			
	現病				
	既往歴				
内服薬					
かかりつけ医	医療機関名			診療科	
	主治医			電話番号	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり（ ）級 <input type="checkbox"/> なし				
生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		原爆手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
利用希望	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 週 回				
入浴	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		送迎	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
その他（備考）	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				