

平成 年 月 日

デイサービスみちあい
 事業所番号1170205650
 埼玉県川口市道合874-4
 TEL :048-284-6100
 FAX :048-284-6108

利用申込書

支援事業所名 :		ケアマネ名 :	
TEL		FAX	
		事業所番号	

ご利用者様	フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和		
	氏名				年 月 日(歳)		
	郵便番号	〒		自宅TEL	-	-	
	住所			緊急連絡先	-	-	
	保険区分	国保 ・ 後期高齢 ・ 生保					
	要介護区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護【 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】					
	利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 金 ・ 土 ・ 希望曜日無し					
	食事希望	有 ・ 無	入浴希望	有 ・ 無	送迎希望	有 (行 ・ 帰) ・ 無	
	現病歴・既往歴						
	A D L 情報	移動	自立 ・ 杖 ・ 手引き ・ 車椅子 (移乗可 ・ 移乗不可)				
入浴		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ リフト					
排泄		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (オムツ ・ リハパン ・ パンツ)				尿意	有 ・ 無
食 事		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		箸 ・ スプーン ・ その他()			
		常食 ・ 粥 ・ 刻み食 ・ ペースト ・ 経管栄養					
		食事制限 : 有 ・ 無 ・ 禁忌食()					
感 染		有 ・ 無()		MRSA(- +)		疥癬()	
褥 瘡		有 ・ 無(部位 :		大きさ :			
麻 痺		有 ・ 無()					
視 力		見える ・ 見えにくい ・ 見えない					
聴 力	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない						
認 知	有 ・ 無 問題行動 ()						
その他							

見学・体験申し込み

見学希望日	平成 年 月 日 曜日
希望時間帯	時から 時まで
付き添い	有 () ・ 無
昼食・入浴・送迎希望	昼食 有 ・ 無 体験入浴希望 有 ・ 無 送迎希望 有 ・ 無

☆お申込有難うございました。ご不明な点がございましたらご遠慮なくお問い合わせください。

担当:菅原