

体験デイサービス利用申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	明治	年	月	日	
氏名	様				大正	年	月	日	
住所	(〒 -)								
連絡先	自宅 携帯								
介護認定	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)						
生活保護	1 あり		2 なし						
かかりつけの病院	病院名			主治医	tel				
ご家族氏名	様								
ご家族住所	(〒 -)								
ご家族連絡先	自宅 携帯								
居宅介護支援事業所名	tel				担当ケアマネジャー				
身体状況	排泄	1. 自立		2. 一部介助		3. 全部介助		4. おむつ使用	
	移動	1. 自立		2. 一部介助		3. 全部介助			
	動作	1. 自立		2. 一部介助		3. 全部介助			
	送迎	1. 希望する		2. 希望しない					
	入浴(要介護のみ)	1. する		2. しない					
既往歴									
現病歴									
内服薬									
高齢者の日常生活自立度									
障がい	自立	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2
認知度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	V	
特記すべき事項 (感染症の有無等)									
体験日									