

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 | | | | | | | | | |