

デイサービス利用申込書(体験利用希望日: 月 日 曜日)

利用者様情報	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日生 (歳)
	住所	堺市 区			電話番号
	要介護度	1 2 3 4 5			
	家族状況	同居 独居 高齢者世帯 その他 ()			
連絡先	ふりがな 氏名	関係 ()	電話番号	携帯番号	
	住所				
居宅介護 支援事業所		電話番号		担当 ケアマネージャー	

◆該当するものに○をしてください。

		備 考	
利用者様 身体状況	聴力	普通 大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない	
	視力	普通 近くなら見える ほとんど見えない	
	麻痺	無 有 (具体的部位)	
	自分の 意思を	伝えられる 時々伝えられる 伝えられない	
	人の話を	理解できる 時々理解できる 理解できない	
	移動	普通 ゆっくり 杖 車椅子	
	立ち上り	できる ゆっくり 何かにつかまればできる できない	
	座位	できる 長時間座れない (分位は可能) できない	
	着替え	できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要	
	入浴	できる 手伝ってもらえればできる 全面に手伝いが必要	
	アレルギー	ない ある ()	
	食事形態	主食	ご飯 お粥 ミキサー
		おかず	普通 キザミ ミキサー
		カロリー制限など 制限しているもの	
	飲み物形態	普通 トロミをつけている	
	飲み込み	普通 時々むせる よくむせる	
	食事方法	自分で食べる 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要	
	入れ歯	無 有 (部分入れ歯 総入れ歯)	
	排泄	自分でできる 少しの手伝いが必要 全面に手伝いが必要	
	おむつ	尿取りパット 紙パンツ 紙おむつ 使用していない	
夜間の様子	寝ている (時 ~ 時) 時々起きている あまり寝ていない		
治療中の病気	ない ある ()		
既往歴			
服薬	ない ある ()		
医療的 処置	尿留置カテーテル 在宅酸素療法 インスリン注射 人工肛門 褥瘡(床ずれ) その他 ()		
入浴を	希望する 希望しない		
《介護等その他の連絡事項》			
利用時に取り組んでみたいこと・興味あること・生活歴(趣味等)			
現在の自宅での様子			