

デイサービスセンターどうみょうじ高殿苑 体験(利用)申込書

年 月 日記入

ケアプランセンター名	ケアマネージャー
電話番号	利用中サービス
申し込み理由(ニーズ):	
《利用者情報》	希望曜日: 月・火・水・木・金・土・いつでも 希望回数: 回/週
フリガナ	性別 生年月日
名 前	男・女 大正・昭和 年 月 日
住 所	電話番号
かかりつけ医	住 所
病 院 名	連絡先
既往歴	
入院受け入れ病院	連絡先
介護認定: 未認定・申請中・認定済【自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】	
認知症: 無・有	障害者手帳: 無・有 ⇒ 種 級 障害部位:
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
日常生活動作	移 動 独歩・杖・押し車・歩行器・車椅子・不可 / 介助(無・有)
	詳細:
	食 事 介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有 ⇒)
	詳細:
	入 浴 自立・一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む)・全介助
	詳細:
	排 泄 介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)
	詳細:
着脱衣 自立・一部介助(見守り含む)・全介助	
詳細:	
現在の状況	
(認知症状を含む)	
家 族 の 状 況 (緊急時の連絡の順番にご記入ください。)	
氏名	続柄 年齢 同・別居 住所 電話番号
①	
②	
③	