

**健康プラザ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・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 | 藤井寺市 | 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 | | | | | |