

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:				
現在の状況 (認知症状を含む)	着脱衣	自立・一部介助(見守り含む)・全介助			
	詳細:				
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					