

デイケア利用申込書

申込日 年 月 日

利用者	ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
	氏名		介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	〒		(男・女)			
	住所					
自宅電話 () -		携帯電話 () -				
緊急連絡先	ふりがな				続柄	
	氏名				(男・女)	
	〒					
	住所					
自宅電話 () -		携帯電話 () -				
病歴	発症日		病名		医療機関	
利用希望日		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土				
身体状況	移動状況	独歩 杖歩行 歩行器 シルバーカー 車椅子 その他 ()				
	食事状態	主食	米飯 全粥 ミキサー粥			
		副食	常食 刻み① 刻み② 超刻み ミキサー			
		むせ込み	あり なし 時々		水分トロミ あり なし	
		アレルギー・嫌いなもの ()				
	排泄	自立 一部介助 全介助		綿パンツ 紙パンツ パット 紙オムツ		
	その他 ()					
	入浴	一般浴 リフト浴 特浴				
更衣	自立 一部介助 全介助					
視力	見える (眼鏡 有 無) 見えにくい 見えない (両方 右 左)					
聴力	聞こえる (補聴器 有 無) 聞こえにくい 聞こえない (両方 右 左)					
意思疎通	出来る 時々できる あいまい 出来ない					
備考						
居宅支援事業所	事業所名					
	住所		TEL () -			
	担当者		FAX () -			