

# デイサービスはなまるの湯 赤川店 体験申込書

【基本情報】

体験希望日 令和 年 月 日( )(午前・午後)

|     |      |  |    |    |          |      |          |  |  |
|-----|------|--|----|----|----------|------|----------|--|--|
| 利用者 | ふりがな |  |    |    | 男・女      | 生年月日 | 明治       |  |  |
|     | 氏名   |  |    |    |          |      | 大正 年 月 日 |  |  |
|     | 住所   | (〒 - )                                     |    |    |          |      |          |  |  |
|     | 連絡先  | 自宅☎( ) -                                   |    |    | 携帯☎( ) - |      |          |  |  |
|     | 介護認定 | 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)                    |    |    | 申請中      |      | 区分変更中    |  |  |
|     | 世帯類型 | 1.同居世帯 2.同居世帯(日中ひとり)<br>3.高齢者夫婦世帯 4.ひとり暮らし |    |    |          | 公費負担 | 有( )・無   |  |  |
| 家族  | 氏名   |  | 続柄 | 住所 |          |      | (連絡先)    |  |  |
|     | 1    |  |    |    |          |      | ☎( ) -   |  |  |
|     | 2    |  |    |    |          |      | ☎( ) -   |  |  |
|     | 3    |  |    |    |          |      | ☎( ) -   |  |  |

※デイサービスから直接電話する場合の連絡先の☎マークに○をつけてください。

## 【ご利用サービスについて】

|                                 |                            |   |   |   |   |             |    |            |
|---------------------------------|----------------------------|---|---|---|---|-------------|----|------------|
| 利用希望日<br>1=午前<br>2=午後<br>どちらか記入 | 月                          | 火 | 水 | 木 | 金 | 土           | 入浴 | 希望する・希望しない |
| 利用目的                            | 1.入浴 2.機能訓練<br>3.他者交流 4.外出 |   |   |   |   | その他<br>要望など |    |            |

## 【利用者様の状況について】

|      |                              |                        |  |  |  |  |  |        |
|------|------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--------|
| 移動   | 自立・見守り・一部介助・全介助 その他・補助具など( ) |                        |  |  |  |  |  |        |
| 入浴   | 自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )       |                        |  |  |  |  |  |        |
| 排泄   | 自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )       |                        |  |  |  |  |  |        |
|      | オムツ                          | なし・あり(リハビリパンツ・パット・オムツ) |  |  |  |  |  | その他( ) |
| 意思疎通 | 問題ない・やや困難・かなり困難・できない         |                        |  |  |  |  |  |        |
| 認知症  | なし・あり 特に注意する点( )             |                        |  |  |  |  |  |        |
|      | 問題行動 徘徊・独語・幻覚・不潔行為 その他( )    |                        |  |  |  |  |  |        |
| 特記事項 | 感染症                          | なし・あり( )               |  |  |  |  |  |        |
|      | 既往歴<br>その他                   |                        |  |  |  |  |  |        |

## 担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター担当者

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 氏名   |  | 電話  |  |
| 事業所名 |  | FAX |  |

※わかる範囲でご記入の上、(06)6928-2321 シミズ までFAXしてください。