

# 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<br>女        | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和 | 年         | 月 | 日<br>( 歳 ) |  |
|     | 氏名   | 様   |    |               |      |                |           |   |            |  |
|     | 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) |                |                       |
| 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 (診断名: )        |                         | 診断日: 年 月 日・不明) |                       |
|             | 症状:                  |                         |                |                       |
| 日常生活<br>自立度 | 障害高齢者                |                         | 誤嚥性肺炎          | なし・あり (発症日: 年 月 日・不詳) |
|             | 認知症高齢者               |                         |                |                       |
| 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 池下 までFAXしてください。