

デイサービスはなまるの湯 寝屋川店 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 大正 昭和	年	月	日	(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) 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 1=午前 2=午後 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		その他 要望など			
	3. 他者交流		4. 外出					

【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(診断名:)		診断日: 年 月 日・不明)	
	症状:			
日常生活 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 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、(072)812-3325 シミズ までFAXしてください。