

【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	年	月	日
	氏名	様			大正			
	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 3. 他者交流 4. 外出					その他 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 (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 ハヤシ までFAXしてください。