

通所申込書(体験利用申込書)

デイサービス利用へ向けて、利用者様に効率良く御案内できるよう、また円滑に手続き出来る様に下記の内容について、出来る範囲での情報提供をお願い致します。尚、提供頂きました情報につきましては、個人情報保護の理念に基づき慎重に対応させて頂きます。

利用者様	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	氏名	様	電話番号		介護度	要介護()・要支援()			
	住所							性別	男・女
	減免	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
	既往歴								

家族状況	氏名		続柄		同居・別居	住所 電話番号	
	氏名		続柄		同居・別居	住所 電話番号	

居宅	居宅介護支援事業所		担当CM名		電話番号	
					FAX番号	

利用について	送迎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行			入浴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 歩行浴				
	食事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト			副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要			<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ					
	利用時間内のお薬情報	内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		服用時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他()				
			薬名・数							
	点眼薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 点眼時間()			塗用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 塗用部位()				

利用について	利用目的・その他連絡事項		
	<p>※お食事のアレルギーがある場合はこちらに御記入をお願い致します。</p> <p>()</p>	<p>体験利用希望日</p> <p>/ ()</p>	

◎状況などにより、診療情報などの提供をお願いする場合がございますが、何卒御協力をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

社会福祉法人 ほしの会
 デイサービス ライフライン
 電話 : 06-6924-0041
 FAX : 06-6924-0001

担当 : 杉山