

デイサービスセンターゆうわ

「体験利用申込書」NO.1

受付年月日 年 月 日

ふりがな 氏名		男 ・ 女	大正・昭和 年 月 日生 歳	
住所 〒 送迎時駐車スペース（有・無）				
連絡先		世帯状況（独居・夫婦・その他）		
送迎時の電話連絡（要・不要）		同居者氏名		
主介護者氏名（ ）同居・別居		・		
車椅子利用（有・無）		・		
要介護状態区分 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）				
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
居宅支援事業所		絡連先	TEL	
担当ケアマネージャー			FAX	
申込者	ふりがな 氏名		続柄	
	住所			
	連絡先		携帯	
利用目的				
希望曜日 週 回 『月・火・水・木・金』				
希望時間 時 分～ 時 分 （3-4・4-5・5-6・6-7）				
主治医	医療機関名		医師名	
	所在地			
	TEL			
現疾病名				
既往歴				
昼食後薬（有・無）薬の内容（ ）				
入浴希望（有・無）その他（ ）				

身体状況

視力	<input type="checkbox"/> だいたい見える <input type="checkbox"/> 輪郭程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	聴力	<input type="checkbox"/> だいたい聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元程度 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
言語	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 伝達不能	意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 困難
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位)		
認知症 有・無	<p>中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)</p> <p>・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり</p> <p>・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか問題あり <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない</p> <p>・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない</p> <p>周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊</p> <p><input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔更衣 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		

ADL

食事	介助	副食	主食	義歯	用具	トロミ	摂取量
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
	アレルギー (内容) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				リハビリ・パット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
入浴	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない						
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる(手摺り・杖・押し車・手引き) <input type="checkbox"/> 車椅子						
起立動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			立位動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		

その他特記事項

必要書類

- ① 体験利用申込書 NO1・NO2
- ② 簡単な診療情報あれば尚可。(既往歴・血液検査の結果・服薬情報など)

デイサービス利用までの流れ

必要書類を頂き、情報を確認した上で対応可能か総合的に判断致します。
⇒対応可能であれば体験のご利用・決定・契約⇒デイサービスご利用となっております。

デイサービスセンターゆうわ (TEL) 06-6912-0707 (FAX) 06-6912-1616