# デイサービス 友の家 利用申込書・(無料体験)

申込日　　平成　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用者情報 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和　　年　　月　　日<br>(　　歳) |
| | 氏　名 | | | | |
| | 住　所 | (〒　　－　　) | | | |
| | 連絡先 | TEL (　　)　　－ | | | |
| | 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 | | | |
| | 要介護認定 | 1.申請中　2.要介護 (　　)　3.要支援 (　　) | | | |

| 家族 | 氏名 | 続柄 | 住所(連絡先) |
|---|---|---|---|
| 1 | | | TEL (　　)　－ |
| 2 | | | TEL (　　)　－ |
| 3 | | | TEL (　　)　－ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 居宅介護支援事業所 | TEL (　　)　－ | 担当ケアマネジャー | |

| 人体状況 | | |
|---|---|---|
| | 食事 | 1. 自立　2. 一部介助　3.全部介助 |
| | 食事内容 | 1. 普通　2. おかゆ　3.きざみ食　4.流動食 |
| | 排泄 | 1. 自立　2. 一部介助　3.全部介助　4.おむつ使用 |
| | 入浴 | 1. 自立　2. 一部介助　3.全部介助 |
| | 移動 | 1. 自立　2.一部介助(　　)　3.全部介助(　　) |
| | 意思疎通 | 1. 問題ない　2. やや困難　3.かなり困難　4.できない |
| | 身障手帳 | 1. 無　2. 有(　　)級　障害部位(　　) |
| | 既往症 | |
| | 現病 | |
| | 認知症の状態 | 1. 無　2. 有(　　) |

| かかりつけの病院 | 病院名　　主治医　　電話 (　　－　　－　　) |
|---|---|

| 利用希望 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 月・火・水・木・金(　　回) | | | |
| | 入浴 | 1. 希望する　2. 希望しない | 送迎 | 1. 希望する　2. 希望しない |

特記すべき事項

※ 感染症の有 ・ 無