

# デイケア(体験)利用申込書

記入日 年 月 日 記入者( ) 関係( ) 神戸長者町白寿苑

ふりがな 氏名		生年月日 性別	T・S 男・女	年 ( 歳)	月	日
住所	〒 — TEL ( ) —					
緊急連絡先	氏名: 続柄 ( ) 住所: TEL ( ) —					
家族関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供(息子 名・娘 名) <input type="checkbox"/> その他( ) 上記のうち同居されている方( )					
事業所名 担当ケアマネ	TEL ( ) — FAX ( ) —					
病名・病歴	① ③ ② ④					
要介護度	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 有効期間 年 月～ 年 月					
心身状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら見える <input type="checkbox"/> ぼんやりと見える <input type="checkbox"/> 見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない				
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害あり	身長・体重	cm / kg		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(問題行動: )				
A D L	一般動作	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(移乗・立位・座位・寝返り・起き上がり)				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事①	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他				
	食事②	形態 主食( ) 副食( ) / アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
	内服	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 / 服用時間(食前・食後・食間) ※薬事情報があれば提供をお願いします				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> なし				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
利用	目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会的交流 <input type="checkbox"/> その他( )				
	回数・曜日	週 回 (月・火・水・木・金・土)				
	時間	<input type="checkbox"/> 一日 <input type="checkbox"/> 半日(午前・午後) <input type="checkbox"/> その他の時間については要相談				
	体験希望日	年 月 日 ( )				
	体験入浴希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・処置 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
	入浴・リハビリの禁忌値	最高血圧 _____ mmHg 以上 ・ 最低血圧 _____ mmHg 以下 は中止 脈拍 _____ bpm 以上 ・ _____ bpm 以下 は中止				
健康状態の確認 ※同居家族も含む	<input type="checkbox"/> 利用開始日より10日前までの間に37.5度以上の発熱や風邪症状はない <input type="checkbox"/> 直近にPCR検査を受け、陰性の結果がある(日付 / )					
コロナワクチン	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済み(回目・接種日 / )					