

デイケア(体験)利用申込書

記入日() 記入者() 神戸長者町白寿苑

ふりがな 氏名		生年月日 性別	M・T・S 男・女	年	月	日 (歳)
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/負担	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5 有効期間 年 月 ~ 年 月 / 割負担					
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:)				
ADL	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 () ※体験では入浴・リハビリはありません。				
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 / <input type="checkbox"/> ワクチン接種済み					

主治医からのデイケア利用の意見と留意事項 ※CMより主治医へご確認ください。

主治医	病院名: _____	医師: _____
医師の同意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
医学的管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ※医療度により診療情報提供書を依頼します。	
リハビリ・入浴中止の目安	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	
リハビリへの禁忌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※禁忌肢位や物理療法に対する禁忌がある場合 ()	
その他		

※上記、主治医指示のもと、利用者様のニーズに応えていけるようサービスを実施していきます。