

デイケア体験申込書

申込日 年 月 日

・希望日時

・希望時間(選択して○をお願いします。)

1日型 ・ 3時間型午前 ・ 3時間型午後

月 日()

氏名			男・女	M・T・S	年	月	日	歳		
要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5							
病名	麻痺 有 () ・ 無			既往歴						
住所	〒						TEL () -			
ケアマネ	事業所		担当			TEL () -				
緊急連絡先	氏名		続柄()		送迎時の 家人対応		有 ・ 無 注意点			
	住所 〒		TEL () -							
意思疎通	可能 ・ 不明瞭だが可能 ・ やや困難 ・ 不可能 ・ 筆談									
聴力	普通・やっと聞き取れる・大声が聞き取れる・ほとんど聞こえない・補聴器(有・無)左・右									
視力	普通・目の前で見える・ほとんど見えない・判断不能						眼鏡: 有 ・ 無			
	白内障: 有・無		目薬()		緑内障: 有・無		目薬()			
義歯	有・無		総義歯 上顎のみ 下顎のみ 部分		嚥下状況()			食欲()		
食事	摂取方法		自立 一部介助 全介助		エプロン			必要 ・ 不要		
	使用物品		箸 スプーン フォーク		禁止食品					
	経管栄養(胃瘻・経鼻カテーテル)		()		ml ×		P/日			
	内容		普通食 ・ 治療食		治療食内容;					
		主食: 米飯・全粥・7分粥・5分粥・3分粥・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)								
		副食: 普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)								
昼食後内服	有 ・ 無		()							
移動	屋内: 独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)									
	シルバーカー(見守り要・不要)・車椅子(自走可・不可)									
移乗	屋内: 独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)									
	シルバーカー(見守り要・不要)・車椅子(自走可・不可)									
ADL	障害高齢者日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度						
排泄	尿意		有・無		バルンカテーテル		有・無		膀胱洗浄 回/W 最終交換日()	
	便意		有・無		人工肛門		有・無 使用物品			
	日中		トイレ		誘導・見守り・移乗介助(人要)・後始末介助(人要)					
			尿器		誘導・見守り・後始末介助					
使用物品		オムツ 1人介助・2人介助								
入浴	希望する ・ 希望しない			自立・要監視・一部介助・全介助						
	* 3時間利用の方はお承りできません			一般浴 ・ 中間浴 ・ 特殊浴						
身長	cm		体重		Kg					
特記事項										