

宛)

デイサービスふくろうの杜 利用申込書

デイサービスセンター ふくろうの杜 〒362-0803 北足立郡伊奈町大字小室字大山上 10304-8 TEL 048-722-3232 FAX 048-722-3231	申し込み日 令和 年 月 日			
	居宅介護支援事業所名			
	担当ケアマネージャー様			
	TEL		FAX	

お客様基本情報

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏 名	様	男・女	歳	大・昭 年 月 日
住 所	〒 -			
電話番号		携帯電話		
御家族様	続柄	電話番号		
		携帯電話		

日常生活動作

歩 行	自立 見守り 一部介助(杖, カート, 歩行器) / 車いす(自操・介助)			
動 作	起立可 つかまり立ち可 座位可 寝返り可 常臥床			
食 事	自立 声かけ 一部介助() 全介助()			
食 形 態	主食() 副食() トロミ(有・無)			
会 話	健常 やや難 とても難 不可 聴力/有・無 かなり遠い 視力/有・無			
着 脱 衣	自立 声かけ 一部介助() 全介助()			
入 浴	自立 声かけ 一部介助() 全介助()			
排 泄	自立 声かけ 一部介助() 全介助()			
＜着用下着類＞ 布パンツ パッド リハビリパンツ おむつ				

要介護認定	支援	1	2			
	介護	1	2	3	4	5
負担割合		1	2	3		

現 病	主 病		発症日 年 月 日	発症日 年 月 日
			発症日 年 月 日	発症日 年 月 日
			発症日 年 月 日	発症日 年 月 日
	既往歴		発症日 年 月 日	発症日 年 月 日
			発症日 年 月 日	発症日 年 月 日
			発症日 年 月 日	発症日 年 月 日

障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B2 ・ C 1 ・ C2
認知症老人の日常生活自立度	I ・ II ・ II a ・ II b ・ III ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
ご利用開始日	令和 年 月 日 () ~ 希望 利用曜日 月 火 水 木 金 土

利 用 目 的	※施設に対するご要望、面談に際してのご本人様の留意点等ございましたらご記入ください。
---------	--