

デイサービス きりり 体験申し込み書

年 月 日

利用者	ふりがな							男 ・ 女		
	氏名	様								
	生年月日	M・T・S	年	月	日				歳	
	住所	〒 -						TEL () -		
	緊急連絡先氏名				様		続柄			
	緊急時の連絡先	TEL () -					携帯 () -			
<p>介護度 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 申請中</p> <p>☆負担割合 1 2 3 割負担</p> <p>☆日常生活自立度 障害高齢者(自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)</p> <p style="padding-left: 40px;">認知症高齢者(自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)</p> <p style="padding-left: 40px;">作成日 年 月 日 意見書 ・ 調査票</p>										
主治医	医療機関名 医師						TEL () -			
現病歴	(年 月)				既往歴	(年 月)				
	(年 月)					(年 月)				
	(年 月)					(年 月)				
<p>体験希望日 月 日 ()</p>										
<p>体験についてのご連絡先 本人 ・ 緊急連絡先のご家族 ・ その他 (備考欄にご記入ください)</p>										
<p>該当する内容に○をつけて下さい。</p> <p>◎食事 <主食> 米飯 ・ 粥</p> <p style="padding-left: 40px;"><副食> 普通食 ・ 軟菜食 ・ ソフト食</p> <p style="padding-left: 40px;">アレルギー 無 ・ 有 (</p> <p style="padding-left: 80px;">自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 箸 ・ スプーン ・ フォーク</p> <p>◎排泄 <尿意> 有 ・ 無 <便意> 有 ・ 無</p> <p style="padding-left: 40px;">自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助</p> <p style="padding-left: 40px;">布パンツ ・ 尿取りパット ・ リハビリパンツ</p> <p>◎移動 独歩 ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 車椅子 ・ その他()</p> <p>◎服薬 有 ・ 無 / 朝 ・ 昼 ・ 夕</p> <p>◎口腔 義歯 (有 ・ 無)</p>										
<p>詳細は後日ご連絡いたします。体験時の入浴は感染症予防の観点より現在実施しておりません。</p> <p>○料金 昼食代お一人612円を当日お支払いください。</p>										
<p>備考欄: その他、配慮すべき事柄がございましたらご記入ください。</p>										
<p>サービス利用 有 ・ 無</p> <p style="padding-left: 40px;">有の場合 ケアプランセンター名 ()</p> <p>ケアマネジャー名 () 連絡先()</p>										
<p>FAXにてお申込みください。FAX:072-234-8674</p>										