

デイサービス 花うさぎ 無料体験申込書

TEL 078-576-6688 FAX 078-576-6689

体験希望日		平成 年 月 日 (曜日)				
ご利用者様	(ふりがな)				性別	□男性 □女性
	氏名	様				
	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	生まれ	(歳)		
	住所					
	TEL					
	FAX					
緊急連絡先	氏名					
	TEL					
貴事業所	事業所名					
	住所					
	TEL					
	ご担当者					
担当医	病院名					
	担当医					
	TEL					
要介護度	□要支援 (□1 □2) □要介護 (□1 □2 □3 □4 □5) □申請中					
被保険者番号						
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
既往歴						
服薬	□無 □有 ()					
ADL	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
	歩行	□自立	□杖歩行	□歩行器	□車椅子	(□自走可 □半介助 □全介助)
	移動	□自立	□見守り	□半介助	□全介助	
	食事	□自立	□半介助	□全介助	□自助具持参	食事制限 (□ 有 □ 無)
		□普通食	□刻み食	□ミキサー食	□粥食	アレルギー (□ 有 □ 無)
	入浴	□自立	□半介助	□全介助	□リフト浴	□特浴
	排泄	□自立	□半介助	□全介助	□トイレ誘導	□失禁パンツ
	更衣	□自立	□見守り	□半介助	□全介助	
	視力	□見える	□見えない (□右 □左)			
	聴力	□難聴	(□右 □左 □両方)	□その他		
言語障害	□無	□有 ()				
精神機能	精神障害	□うつ □人格障害 □無気力 □その他				
	認知症	□無	□有	(I IIa IIb IIIa IIIb IV)		
	周辺行動	□見当識障害		□徘徊	□妄想	□暴言 □暴力
本人・家族の意向【その他】						

ご記入ありがとうございました。後ほど、相談員からご連絡いたします。