

社会福祉法人 ぶどうの枝福祉会

但東愛の園デイサービスセンター利用申込書

但東愛の園デイサービスセンター 殿

平成 年 月 日

申 込 者	ふりがな		利用希望者との続柄	
	氏 名	印		
	住 所	(〒 —)		
	電話番号	() —		

貴施設を利用致したく、下記のとおり申し込みます。

ふりがな		男	生 年 月 日	年 齢
利用希望者 氏 名		女	明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
住 所	(〒 —) 兵庫県豊岡市但東町 電話番号 () —			
連絡先	昼 間 (電話番号等) (氏名等) 夜 間 (電話番号等) (氏名等)			
現在の状況	1. 家 庭 (1人暮らし・高齢者世帯・家族同居・その他〔 〕) 2. 入 院 中 病院名 _____ 入院年月日 年 月 日 疾患名 _____ 退院予定日 年 月 日 3. 施 設 入所中 施設名 _____ 入所年月日 年 月 日 退所予定日 年 月 日 4. そ の 他 ()			
要介護区分	自立 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中			
居宅介護 支援事業者名		担当者名		
希望理由				

裏面もご記入下さい。

日常生活動作について	移動	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要：介助内容（ ） 以下、移動の方法について該当するものを○で囲んで下さい。 1人で歩く・つたい歩き・手をひく・いざる・這う・杖を使う 手押し車を使う・車椅子を使う・ストレッチャーを使う その他（ ）		
	食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要：介助内容（ ） 以下、食事の内容について該当するものを○で囲んで下さい。 主食（ ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー ・ とろみが必要 ） 副食（ 普通 ・ 刻む ・ ミキサー ・ とろみが必要 ）		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要：介助内容（ ） 以下、使用しているものを○で囲んで下さい。 トイレ・ポータブルトイレ・差込尿便器・オムツ・カテーテル(管) その他（ ）		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら可 <input type="checkbox"/> 視野が限られている <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> メガネ(有・無)			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら可 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無)			
意志疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 困難 以下 該当するものを○で囲んで下さい 手段：言語 ・筆談 ・身振り手振り()			
認知症状	有・無（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ） 主な症状			
かかりつけ病院名		主治医名		
主病名		発症年月日	年 月 日	
過去の病歴		発症年月日	年 月 日	
			年 月 日	
備考				

