

# ✿ デイサービスほーぷ 無料体験申込書

事業所番号

2776400976

TEL 072-203-5880 FAX 072-201-5881

お申込日

年

月

日

ご利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日	
曜日希望	限定無し・月・火・水・木・金・土	介護度 要介護 要支援
ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和
利用者様氏名		年 月 日( 歳) 性別 男・女
ご住所	〒 - TEL( ) -	
緊急連絡先	氏名 続柄( ) TEL( ) -	
主治医	医療機関名 所在地	
	医師名 TEL( ) - ※緊急時の問合せ(可・不可) 緊急時の受け入れ(可・不可)	
病歴	現疾患名	・アレルギー(有・無) *有の場合 ・食品( ) ・薬( ) ・その他( )
	傷病名	既往年齢
既往歴 (これまでにかかった傷病名)	・通常体温 °C ・通常血圧 / mm Hg ・通常脈拍 P 入浴不可の条件 体温 血圧 脈拍	
	服用薬(有・無)	昼食時服用薬(食前・食後・無)
服薬状況	外用薬(有・無)	外用薬使用部分( )
	ご自身での服薬管理(可・不可)	
日常生活について	歩行	1. 一人でできる 2. 杖(歩行器) 3. 車いす 4. できない
	食事	1. 一人でできる(箸・スプーン) 2. 介助が必要
	排泄	1. 一人でできる 2. 一部介助 3. 全介助
	入浴	1. 一人でできる 2. 一部介助 3. 全介助
	認知症	1. 無 2. 少し有 3. 有
機能訓練について	禁忌事項	(有・無)*有の場合(
ご希望されるサービス内容	送迎	1. 往復送迎 2. 片道送迎(行き・帰り) 3. 希望しない
	入浴	1. 希望しない 2. 希望する
		・感染症(有・無)*有の場合具体的に(
食事	1. 普通食 2. その他(具体的に	
その他 ご希望・留意点		
居宅事業所名	TEL	FAX
	担当ケアマネージャー名( )	

＜当日のお持物＞

歯ブラシ

お薬(昼の服用薬、外用薬)

入浴される方…着替え ※タオル、バスタオルは当方で準備しております。

昼食代 600円

受付日 年 月 日

受付担当者