

社会福祉法人 奉優会

田道地域密着型デイサービス【認知症対応型通所介護】 利用申込書

No.1 申込日 平成 年 月 日

事業所	事業所名	担当ケアマネジャー
	事業所番号	電話番号：
	住所	F A X：

利用者情報	フリガナ	性別	生年月日	明 大 昭	年 月 日 (歳)
	氏名	男 女	電話番号:		
	住所				生活保護対象 有 無
	被保険者番号	要介護区分	支 1 2	介護 1 2 3 4 5	届出日 年 月 日
	交付日 年 月 日	認定日 年 月 日	有効期間	年 / ~ 年 /	

介護者	氏名	続柄	住所	電話番号：
-----	----	----	----	-------

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号：
	氏名	続柄	住所	電話番号：

生活状況	家族構成図：	
趣味		
飲酒 / 喫煙		

入浴サービス	要 不要	機械浴	・ 一般浴	特記：
食事サービス	要 不要	嗜好性：		特記：
送迎サービス	要 不要	往復	片道	特記：

開始希望日： 月 日 希望曜日： 月 火 水 木 金 土 日 / 週 回

デイホーム利用の意向(ご本人)	デイホーム利用の意向(ご家族)	備考：
-----------------	-----------------	-----

サービス利用前訪問予定日 平成 年 月 日 / 担当者名：

責任者確認欄	受付担当者氏名
--------	---------

上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日 ()
受付連絡方法 持込 / FAX / 郵送

社会福祉法人 奉優会 【認知症対応型通所介護】
 田道地域密着型デイサービス
 〒153-0063
 東京都目黒区目黒1丁目25番26号
 TEL：03-5721-2298
 FAX：03-5721-2296

No.2

医療情報

主治医	病院及び診療所名	医師名		
	住所	電話番号:		
	緊急時の希望搬送先:			
既往歴				
現在治療中の病気				
現在服用中の薬: 朝 昼 夕 就寝前 (服薬数含む) その他(目薬等)				
現在行なわれている医療処置: 無 有 1:インシュリン注射 2:バルブカテーテル留置中 3:経管栄養中(鼻腔・胃ろう) 4:血液透析中 5:中心静脈栄養中 6:在宅酸素治療中 7:人工肛門増設者 8:その他()				
感染症の有無 アレルギー: 無 有 () 1:疥癬(+・-) 2:梅毒(+・-) 3:肝炎ウイルス(+・-) 4:MRSA(+・-) 5:その他()				

ADL・身体情報

日常生活自立度【正常/I/II a/II b/III a/III b/IV/M】		寝たきり度【正常/J1/J2/A1/A2/B1/B2/C1/C2】			
視聴言語	視力	1.普通に見える(眼鏡使用・なし) 2.見えにくい 3.全く見えない 4.その他			特記事項:
	聴力	1.普通に聞える(補聴器使用・なし) 2.聞えにくい 3.全く聞えない 4.その他			
	言語	1.支障なし 2.ややもつれる 3.かなり支障あり 4.全く話せない 5.その他			
	意思疎通	1.支障なし 2.時々できない 3.時々できる 4.ほとんどできない 5.その他			
移動	方法	1.自立(杖等使用・なし) 2.部分介助(見守り・手を引く等) 3.車椅子使用(常時・外出時のみ)			
	立ち上がり	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助 特記:()			
	移乗動作	抗縮・麻痺	無 有()		
特記事項:					
食事	摂取方法	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.セッティング			
	喫食方法	主食	普通 粥 ミキサー その他() 自助具: 無 有()		
		副食	普通 一口大 刻み 超刻み ミキサー 嗜好性等:		
	食事用具	箸 スプーン フォーク 吸いのみ エプロン その他()			
	食事時間	朝食:	昼食:	夕食:	義歯: 無 有 (状態:
咀嚼・嚥下状態について					
特記事項:					
排泄	方法	トイレ ポータブル 尿器 オムツ その他	尿意: 無 有 / 便意: 無 有		
		1.自立 2.部分介助 3.全介助	オムツの種類: 無 有()		
	排尿回数:	回/日 / 排便頻度:	回/日	下剤: 無 有()	
特記事項:					
入浴	方法	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助	浴槽種類	一般浴/機械浴(車いす・ストレッチャー)	
	特記事項:				
整容	着脱	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助	特記事項:		
	洗面	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	口腔	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	爪切り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	耳掃除	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	髭剃り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
精神状態等	認知症状:	1.記憶障害 2.幻覚・幻聴 3.独り言 4.徘徊 5.異食 6.暴言・暴力 7.意思疎通の困難 無 有 8.その他()			
	特記事項:				