

リハビリデイサービス 陽だまり 見学申込書

FAX:042-452-0140

(一日型デイ 短時間デイ)

見学予定日 月 日 ()

(未定の場合は空欄で結構です)

ふりがな				男・女		
利用者氏名						
生年月日				歳		
住 所	(〒 -) 西東京市・武蔵野市・練馬区					
要介護度	申請中・事業・要支援1.2	要介護1・2・3・4・5	TEL			
病 名						
かかりつけ医療機関				担当医		
				TEL		
既往歴						
感染症の有無	肝炎(B・C)(+・-) TPHA(+・-) 結核(+・-)			(本人申出・データ)		
服用中の薬剤						
	昼食後薬 (有・無)	服薬特記	(有・無)			
現在の生活状況 (ご家族構成や 介護力の有無等につ いて)	身長(cm)体重(kg)握力(kg)					
ADL状況	歩行		装具使用	有 無		
	移動		階段昇降			
A. 自立 a. ほぼ自立 B. 自身で出来るが 要見守りレベル C. 1部介助 D. 全介助	嚥下		アレルギー	有 無		
	嗜好					
	入浴					
	更衣					
	排泄					
	視力・聴力		認知症 (有・無)	徘徊	有・無	
	<その他必要事項> ※具体的な認知症の症状や、通所時必要な医療処置等ございましたらご記入ください。					
(過去の)職業						
趣味・特技など						
主な介護者	本人との関係		緊急連絡先			
	TEL			TEL		
ジェノグラム 男・□ 女・○ 故人・■● 本人・◎			家屋の見取り図 (住宅改修-未・済)			
(独居・高齢者世帯・日中独居・その他)						
他の介護保険/社会 資源の利用 自身の予定など	(月)			(木)		
	(火)			(金)		
	(水)			(土)		
通所サービスの目的	本人					
	家族					
ADLや生活状況 家族・経済状況等の 特記事項記載欄						
通所サービスの 希望曜日等	月・火・水・木・金・土 (午前 午後)	食事の注意点				
	入浴	有・無		送迎	往・復・無	
紹介居宅介護支援事業所名				担当者様		
	TEL			FAX		