

# ゆーのデイサービス体験申込書

## 【利用者様について】

<b>フリガナ</b>	性別	生年月日	介護区分
氏名	男・女	明治/大正/昭和 年 月 日生	要支援( ) 要介護( )
住所	〒		TEL
かかりつけ病院名:	診断名(病名・既往歴・告知の有無) <small>本人に告知していない病名があれば一筆お願いいたします</small>		内服薬 内服方法(点眼含)
担当主治医:			
連絡先: ( )			
連絡先	フリガナ	利用者様との続柄	携帯電話
	氏名		
	住所	〒	TEL

## 【ご利用サービスについて】

利用希望日 印	月	火	水	木	金	土	食事	希望・不要	入浴	希望・不要	
送迎	迎え(希望・不要) 送り(希望・不要)						その他 要望				

## 【利用者様の状況について】

<b>移動</b>	自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )									
<b>食事</b>	自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )									
	主食	常食・おかゆ・トロミ・その他( )								
	副菜	常食・一口大・刻み・トロミ・その他( )								
	アレルギー	無・有( )								
	摂取方法	箸・フォーク/スプーン・その他( )								
<b>投薬</b>	昼食後	無・有( )								
<b>入浴</b>	自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )									
<b>排泄</b>	自立・見守り・一部介助・全介助 その他( )									
	オムツ	無・有(リハビリパンツ・パット・オムツ) その他( )								
	使用器	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・その他( )								
<b>認知症</b>	無・有 特に注意する点( )									
	問題行動 徘徊・独語・幻覚・不潔行為・夜間せん妄 その他( )									

## 【特記事項】

## 担当ケアマネージャーまたは地域包括センター担当者

<b>氏名</b>		<b>電話</b>	-
<b>事業所名</b>	事業所番号( )	<b>FAX</b>	-
<b>住所</b>	〒	<b>携帯電話</b>	-