

*コピーしてお使い下さい。

令和 年 月 日

ディサービス もんたろう

TEL:048-812-1811

埼玉県さいたま市緑区大門230-1

FAX:048-812-1822

利用申込書

| | | | |
|---------|--|--------|-------|
| 支援事業所名: | | ケアマネ名: | |
| TEL | | FAX | 事業所番号 |

| | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------|--|-----------------|----|-------|
| ご利用者様 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | | |
| | 氏名 | | | | 年 月 日 (歳) | | | |
| | 郵便番号 | 〒 - | | | 自宅TEL | - - | | |
| | 住所 | | | | 緊急連絡先 | - - | | |
| | 要介護区分 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護 【 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】 | | | | | | |
| | 利用希望日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 希望曜日無し | | | | | | |
| | 食事希望 | 有 ・ 無 | 入浴希望 | 有 ・ 無 | 送迎希望 | 有 (行 ・ 帰) ・ 無 | | |
| | 現病歴・既往歴 | | | | | | | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度/障害高齢者の日常生活自立度判定基準 | ※さいたま市より居宅サービス計画書記載事項であり、居宅介護事業所に開示請求するよう指導がありました。ご協力お願い致します。 | | | 【 I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M 】 | | | |
| | A D L 情報 | 移動 | 自立 ・ 杖 ・ 手引き ・ 車椅子 (移乗可 ・ 移乗不可) | | | | | |
| 入浴 | | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ リフト | | | | | | |
| 排泄 | | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (オムツ・リハパン ・ パンツ) | | | | | 尿意 | 有 ・ 無 |
| 食事 | | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | 箸 ・ スプーン ・ その他 () | | | | |
| | | 常食 ・ 粥 ・ 刻み食 ・ ペースト ・ 経管栄養 | | | | | | |
| | | 食事制限 : 有 ・ 無 ・ 禁忌食 () | | | | | | |
| 感染 | | 有 ・ 無 () MRSA (- +) 疥癬 () | | | | | | |
| | | ●医師の意見書にて確認の上ご記入願います。不明の場合はその旨申し出て下さい。 | | | | | | |
| | | ●さいたま市の方はさいたま市情報パスをご提示ください | | | | | | |
| 褥瘡 | | 有 ・ 無 (部位 : 大きさ :) | | | | | | |
| 麻痺 | 有 ・ 無 () | | | | | | | |
| 視力 | 見える ・ 見えにくい ・ 見えない | | | | | | | |
| 聴力 | 聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない | | | | | | | |
| 認知 | 有 ・ 無 問題行動 () | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |

1日体験申し込み

| | | | |
|--------|--|----|-------------------|
| 体験希望日 | 令和 年 月 日 曜日 | | |
| 送迎 | 有 (迎え11:00 ~ 送り14:00前後) ご自宅でお待ち下さい ・ 無 | | |
| 食事 | 1食あたり900円(昼食・飲み物込み) * 当日、食事代を現金でお支払願います。 | | |
| 機能訓練 | 有 ・ 無 | 入浴 | 体験の入浴はご遠慮頂いております。 |
| 付き添い | 有 () ・ 無 | | |
| 当日の持ち物 | ★上履き(サンダル、スリッパ不可。かかとのある履物に限る。) ★食事代(現金でお支払願います。) | | |