

# デイサービスセンターこうのとりに 利用依頼書 ( 新規 体験 )

記入日 : 令和 年 月 日  
記入者 : ( )

(フリガナ) 利用者氏名	様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)
住所・連絡先	〒 (自宅) (携帯)		介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 ・ 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 2 3 4 5 )

(フリガナ) 主介護者氏名	様	続柄	
住所・連絡先	〒 (自宅) (携帯)		

居宅介護支援事業所名	(TEL) (携帯)	介護支援専門員氏名	
------------	------------	-----------	--

利用希望日  月  火  水  木  金  土  空きがある日でよい

入浴  希望する  希望しない

A D L 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断できない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断できない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや障がい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 話せない
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 )
内服薬	<input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 眠前 <input type="checkbox"/> その他( )	

《 備考 》

**※フェースシート等、指定の様式はございませんので、ご本人様の生活歴・現病歴・既往歴・状態等につきましては、別途情報を頂きます様お願い致します。**