

お迎え・お食事・ご入浴すべて無料です。

ゆっくり一日、いきいきデイサービス北花田をお試ください。

記入日 年 月 日

体験利用申込書

事業所様		ケアマネジャー様	
------	--	----------	--

ふりがな		性別	年齢	生年月日
本人氏名			才	大正・昭和 年 月 日
住所			電話番号	
緊急連絡先	氏名	本人との続柄	電話番号	
ご利用希望日		体験時入浴	する ・ しない	

ADLなど	現 状		備 考	
要介護認定	申請中 ・ 要支援() ・ 要介護()			
歩 行	自立 見守り 一部介助(杖, カート, 歩行器)	介助(車いす)		
動 作	起立可 つかまり立ち可 座位可 寝返り可	常臥床		
食 事	自立 声かけ 一部介助()	全介助()		
食 形 態	主食() 副食()	禁 止 食		
会 話	健常 やや難 とても難 不可	聴 力		
着 脱 衣	自立 声かけ 一部介助()	全介助()		
入 浴	自立 声かけ 一部介助()	全介助()		
排 泄	自立 声かけ 一部介助()	全介助()		
	〈着用下着類〉 布パンツ パッド リハビリパンツ おむつ			
認 知 症	なし・少し有・中ぐらい有・多く有	問題行動	徘徊・妄想・介護拒否・異食・()	
既往歴・病歴		体験時服用薬	服用薬	あり ・ なし
			点眼・点鼻薬	あり ・ なし
			外用薬	あり ・ なし

ご本人の趣味	
ご本人の希望	
ご家族の希望	
特 記 事 項	

TEL : 072-275-6271

FAX : 072-275-6272

いきいきデイサービス北花田