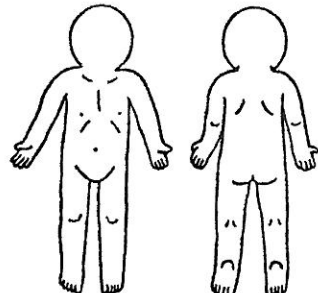


デイケアセンター なごみ野 利用申込書

		申込日		平成	年	月	日
フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	M・T・S	年	月	日 (歳)
住所	〒 - - TEL - -						
【世帯構成】		主援助者 (緊急連絡先)					
		① 氏名		TEL			
		② 氏名		TEL			
		主治医		医療機関			
		Dr.					
		要介護区分		期間		～	
		支援1		支援2		申請中	
移動	自立	一部介助	杖	歩行器	車椅子	リクライニング	
食事	自立	一部介助	全介助	Ⓜ米飯	軟飯	粥	
	Ⓜ普通	刻み	とろみ	療養食 ()			
排泄	自立	一部介助	全介助	尿意 (+ -)			
	紙パンツ	尿パット	紙おむつ				
入浴	自立	一部介助	全介助				
	一般浴	特浴	ボランテ				
麻痺拘縮	部位:		嚥下・咀嚼		できる むせやすい できない		
	部位:		口腔		入れ歯 有 無 (上下)		
視力	正常	見えにくい	見えない	聴力	正常 難聴		
認知症	有	無	問題行動		有	無	
	徘徊	暴力	暴言	その他 ()			
現疾患							
既往歴							
服薬	有	無					
他のサービス利用							
サービス利用の趣旨・特記事項							
事業所名 担当者名 TEL/FAX	デイケアセンター なごみ野 TEL 058-215-9753 FAX 058-215-9757 担当 戸本						