

*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 ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M 】	
					【 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 】	
	● 医師の意見書よりご確認下さい。					
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				
	感染	食事制限 : 有 ・ 無 ・ 禁忌食 ()				
		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800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。)		