

デイサービス らしく 体験利用相談票

体験希望館	<input type="checkbox"/> 1号館（兵庫区荒田町） <input type="checkbox"/> 2号館（中央区筒井町）	令和 年 月 日
ふりがな		
ご利用者氏名	様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	M. T. S 年 月 日	年齢
ご住所	〒	
連絡先	TEL	
主介護者	様（続柄）	TEL
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
ご利用希望日	週 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
ご利用時提供時間	<input type="checkbox"/> 9:00~16:00 <input type="checkbox"/> 延長利用希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
体験希望日時	令和 年 月 日（ ）	入浴希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	送迎希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用時服薬 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
相談内容	利用目的 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 交流 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	身体状況に関しまして、申し送り事項等あればご記入ください。	
既往歴		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他（ ）	
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
食事	（主食） <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー （副食） <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー	
	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合（ ）	
	食べられない物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合（ ）	
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	
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	
	使用物品 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
送迎	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> ドアtoドア <input type="checkbox"/> ベッドinベッド <input type="checkbox"/> その他 ） <input type="checkbox"/> 無	

		お問い合わせ
事業所名		デイサービスらしく1号館
担当ケアマネジャー		TEL 078-579-9005 FAX 078-579-9006
TEL		デイサービスらしく2号館
FAX		TEL 078-220-9312 FAX 078-220-9313

※神戸市規定、デイの利用申し込み書でも可。

※お気軽にご相談ください。

