

令和 年 月 日

デイサービスみちあい  
埼玉県川口市道合874-4  
事業所番号 1170205650  
TEL :048-284-6100  
FAX :048-284-6108  
担当:生活相談員 杉原好美

## 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 年 月 日( 歳)	
	氏名					
	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	被保険者番号【 】負担割合【 1割 2割 3割 】生保				
入浴希望	無 ・ 有 (一般浴・リフト浴・特殊浴)		送迎希望	有 ( 行 ・ 帰 ) ・ 無		
現病歴・既往歴						
A D L 情報	移動	自立 ・ 杖 ・ 手引き ・ シルバーカー歩行器 ・ 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 ・ 布パンツ)		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 ・ トロミ 有 ( ) 無				
		食事制限 : 有 ・ 無 ・ 禁食( )				
	感染	有 ・ 無( )		MRSA( - + )	疥癬( )	
	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 (眼鏡 有 ・ 無 )				
聴力	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない (補聴器 有 (右 ・ 左 ・ 両) ・ 無 )					
認知	有 ・ 無 問題行動 ( )					
その他						

## 見学申し込み

見学希望日	令和 年 月 日 曜日
希望時間帯	①午前(11:00~11:45前後) ②午後(14:00~14:45前後) ③1日(11:00~14:45前後)
付き添い	有 ( ) ・ 無

☆お申込有難うございました。ご不明な点がございましたらご遠慮なくお問い合わせください。