

# デイサービスセンターゆうわ

「体験利用申込書」 NO.1  
 受付年月日 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所 〒		
	連絡先	世帯状況(独居・夫婦・その他 同居)	
	車椅子利用 (有・無)	同居者氏名( )	
	要介護状態区分 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
居宅支援 事業所	連絡先	TEL	
		FAX	
	担当ケアマネージャー		
申込者	ふりがな 氏名	続柄	
	住所		
	連絡先	携帯	
利用目的			
希望曜日	週 回 『 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 』		
希望時間	時 分 ~ 時 分 ( 3-4 ・ 4-5 ・ 5-6 ・ 6-7 )		
主治医	医療機関名	医師名	
	所在地		
	TEL		
現疾病名			
既往歴			
昼食後薬	( 有 ・ 無 ) 薬の内容 ( )		
入浴希望	( 有 ・ 無 ) その他 ( )		

**必要書類**

- ① 体験利用申込書 NO1・NO2
- ② 診断書(既往歴・血液検査の結果・服薬のわかるもの・胸のレントゲン)

**デイサービス利用までの流れ**

必要書類を頂き、情報を確認した上で対応可能か総合的に判断致します。  
 ⇒対応可能であれば体験のご利用・決定・契約⇒デイサービスご利用となっております。

デイサービスセンターゆうわ  
 (TEL)06-6912-0707  
 (FAX)06-6912-1616

## 身体状況

視力	<input type="checkbox"/> だいたい見える	<input type="checkbox"/> 輪郭程度	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
聴力	<input type="checkbox"/> だいたい聞こえる	<input type="checkbox"/> 耳元程度	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
言語	<input type="checkbox"/> 明瞭	<input type="checkbox"/> 不明瞭	<input type="checkbox"/> 伝達不能
麻痺	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(部位)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(部位)
意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 困難
認知症 有・無	中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか問題あり <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
	周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 ----- <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔更衣 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 ----- <input type="checkbox"/> その他 ( )		

## ADL

食事	主食	副食	介助	義歯	用具	トロミ
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	牛乳	摂取量	好き嫌い (内容)			
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
排泄	排尿 1日( )回	排尿量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い				
	排便 1日( )回	下剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	援助方法 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> おむつ交換					
	オムツ使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( リハパン ・ テープ式オムツ ・ パット )				
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴					
	援助方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる(手摺り・杖・押し車・手引き)	<input type="checkbox"/> 車椅子				
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない				
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
起位動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
立位動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない				
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				

## その他特記事項