

# ほのぼの苑デイサービスセンター利用申込書

ほのぼの苑デイサービスセンター 管理者 様 令和 年 月 日

利用者	ふりがな	男	生年月日							
	氏名	印	女	大正・昭和		年	月	日	歳	
	住所 〒	福井県南条郡南越前町								
	電話	( )	-							
介護保険被保険者番号										
要介護状態区分		申請中 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5								
認定の有効期間		年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
連絡先(緊急時)	氏名		続柄							
	住所									
	電話	自宅	携帯など							
現在の状況		1. 在宅で生活中 2. 入院中 ( 月 日退院予定) 医療機関名 主治医				病名 服薬名(お薬情報書でも可)				
希望利用日		週 回【 月 火 水 木 金 ・ 曜日の希望はなし 】 ※空き状況によりご希望に添えないこともあります。								
入浴希望		有 ・ 無			送迎希望		有 ・ 無			
ご本人の状況 (該当するものを ○で囲んでください)	食事	食事の種類	常食 糖尿病食( kcal) その他 ( )							
		主食	米飯 おにぎり おかゆ ミキサー食							
		副食	ふつう 荒きざみ きざみ ミキサー							
		牛乳・乳製品	可			不可 ( )				
		アレルギー	ある ( )						なし	
		摂取動作	自立	見守り	一部介助	全介助	むせ	有・無		
	(摂取時の注意事項)									
	排泄	便意	あり	なし	動作	自立	トイレ誘導	一部介助	全介助	
		尿意	あり	なし	下着	布パンツ 紙パンツ(パット 有・無) 紙オムツ				
	移動	自立			見守り	杖	押し車・歩行器		車椅子	
認知症状	有 (症状 ) ・ 無									
感染症	有 (症状 ) ・ 無									
居宅介護支援事業所					担当ケアマネジャー					
〔連絡事項〕										

※ご利用の際には、ご家族様とともに施設の見学に来ていただき、事務手続きをしていただきます。