

# ラフィール都島 体験申込書

記入日 平成 年 月 日

## 【基本情報】

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明治			
氏名				大正	年	月	日
住所	〒						
連絡先	自宅 ( )			携帯 ( )			
要介護度	要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 申請中 区分変更中						
世帯類型	1. 同居世帯 2. 同居世帯 (日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. ひとり暮らし						
家族	氏名		続柄	住所 (連絡先)			
	1			Tel ( )			
	2			Tel ( )			
	3			Tel ( )			

デイサービスからご連絡させていただく方の番号に○をつけてください。(ご本人の場合は○なし)

## 【利用者様の状況】

移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 その他・補助具など ( )						
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ( )						
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ( )						
	オムツ なし・あり (リハビリパンツ・パット・オムツ) その他 ( )						
意思疎通	問題なし・やや困難・かなり困難・できない ( )						
認知症	なし・あり 特に注意する点 ( )						
	行動心理症状 (徘徊・幻覚・妄想・不潔行為・介護への抵抗) その他 ( )						
服薬管理	自立 ・ 要確認 ・ 全介助 その他 ( )						
かかりつけ医	病院名		主治医			Tel ( )	
主な疾患							
感染症	なし・あり ( )			医療的処置	なし・あり ( )		

## 【ご利用サービスについて】

利用希望日 (○を記入)		月	火	水	木	金	土	利用目的 1. 入浴 2. 機能訓練 3. 他者交流 4. 外出
	午前							
	午後							
その他 ご要望など								

担当ケアマネージャーまたは地域包括支援センター担当者

氏名		電話	
事業所名		FAX	

※わかる範囲でご記入の上 (06) 6955-9848までFAXをお願いします。折り返しご連絡させていただきます。