

きたやま苑デイサービス体験申し込み書

申し込み日	平成 年 月 日							
フリガナ	生年月日							
ご利用者様氏名	年 月 日生	歳						
ご住所	〒 -							
	電話番号							
ご連絡先（ご家族様等）	お名前	続柄：						
	ご住所	〒 -						
	電話番号							
支援事業者名	事業所名	担当ケアマネージャー						
		様						
	電話番号	FAX番号						
要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 申請中 <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							
お体の状態	食事	主食	米飯・粥	副食	普通	・ 刻み	・ ペースト	
		食事のアレルギー		有・無	（ ）			
	歯の状況	総入れ歯・義歯無し			（ ）			
	歩行	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/>	歩行器	
		<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/>	杖持参			
	排泄	<input type="checkbox"/>	ご自身にて		<input type="checkbox"/>	声掛けが必要		
		<input type="checkbox"/>	一部介助が必要		<input type="checkbox"/>	全介助が必要		
	オムツなどの使用		有・無	オムツの種類（ ）				
	入浴	体験入浴	有・無	（ ）				
	投薬状況	投薬持参		有・無	（ ）			
視力	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや見えにくい	<input type="checkbox"/>	見えにくい		
聴力	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/>	聞こえにくい		
意志の伝達	<input type="checkbox"/>	容易	<input type="checkbox"/>	やや難しい	<input type="checkbox"/>	難しい		
体験希望日	月 日							
介護をさせて頂く上での留意点・特記事項、またご本人様がお持ちの病名等がございましたらお教え下さい。								

社会福祉事業団 四天王寺福祉事業団 四天王寺きたやま苑
 〒543-0035 大阪市天王寺区北山町9-6
 TELL:06-6773-1811 / FAX:06-6773-1840