

BENECT(ベネクト)デイサービス

体験利用申込書

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	明治/大正/昭和	年	月 日
住所				TEL	
かかりつけ病院名：	診断名(病状・既往歴・告知の有無) <small>※本人様に告知していない病状あれば一筆お願いいたします</small>			介護度	
担当者主治医：				要支援 1 2	
連絡先：				要介護度 1 2 3 4 5	
				公費負担 あり なし	
連絡先	フリガナ	利用者様との 続柄	TEL		
	氏名				
	住所		携帯電話		

[ご利用サービスについて]

利用希望日	月	火	水	木	金	土
						×
送迎	迎え (希望 ・ 不要)			その他		
	送り (希望 ・ 不要)			要望		

[利用者様の状態について]

移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 介助理由 : 抗縮 筋力低下 ふらつき 疼痛 その他()					
	使用器具 (装具 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ その他())					
食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助(の時)					
	摂取方法	箸 ・ フォーク・スプーン ・ その他()				
	アレルギー	無 ・ 有 ()				
投薬						
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助(の時)					
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助(の時)					
	無 ・ 有 (リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ) その他()					
認知症	無 ・ 有 特に注意する点 ()					
	問題行動 徘徊 ・ 独語 ・ 幻覚 ・ 不潔行為 ・ 夜間せん妄 その他()					

[特記事項]

--

担当ケアマネージャー様または地域包括支援センター担当者様

氏名		電話	
事業所名		FAX	
住所	〒 -	緊急	