

デイケア体験申込書

申込日 年 月 日

氏名			男・女	M・T・S	年	月	日	歳
要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5					
病名	麻痺 有 () ・ 無			既往歴				
住所	〒						TEL ()	-
ケアマネ	事業所		担当			TEL ()		
緊急連絡先	氏名		送迎時の 家人対応	有 ・ 無	注意点			
	住所		TEL () -					
意思疎通	可能 ・ 不明瞭だが可能 ・ やや困難 ・ 不可能 ・ 筆談							
聴力	普通・やっとな聞き取れる・大声が聞き取れる・ほとんど聞こえない・補聴器(有・無)左・右							
視力	普通・目の前で見える・ほとんど見えない・判断不能						眼鏡;有・無	
	白内障;有・無		目薬()		緑内障;有・無		目薬()	
義歯	有・無	総義歯 上顎のみ 下顎のみ 部分		嚥下状況()		食欲()		
食事	摂取方法	自立 一部介助 全介助		エプロン 必要 ・ 不要				
	使用物品	箸 スプーン フォーク		禁止食品				
	経管栄養(胃瘻・経鼻カテーテル)	()		ml× P/日				
	内容	普通食 ・ 治療食		治療食内容;				
			主食;米飯・全粥・7分粥・5分粥・3分粥・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)					
			副食;普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)					
備考								
昼食後内服	有 ・ 無		()					
移動	屋内;独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)							
	屋外;独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)							
移乗	自立・要監視・一部介助・全介助							
備考								
排泄	尿意	有・無	バルンカテーテル	有・無	膀胱洗浄 回/W 最終交換日()			
	便意	有・無	人工肛門 有・無 使用物品					
	日中	トイレ		誘導・見守り・移乗介助(人要)・後始末介助(人要)				
		尿器		誘導・見守り・後始末介助				
		オムツ		1人介助・2人介助				
使用物品	布ぱんつ・リハビリパンツ・尿とりパット・テープ式オムツ・布おむつ							
備考								
入浴	希望する ・ 希望しない		自立・要監視・一部介助・全介助					
			一般浴 ・ 中間浴 ・ 特殊浴					
身長	cm		体重 Kg					
特記事項								