

淀川地域在宅サービスステーション ゆめ都島 利用（無料体験）申込書【記入例】

介護券の有無 ☐あり ☐なし

申込み日： 年 月 日

利用 者	ふりがな	おおさか たろう		性 別	生 年 月 日		
	氏 名	大阪 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 4年7月30日 90歳		
	住 所	〒 ●●●-▲▲▲▲ 大阪市●●区▲▲ ○丁目○-○○					
	TEL	▲▲-■●●■-●●●●			<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居		
	要介護度： <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 checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
緊 急 連 絡 先	①	ふりがな	おおさか はなこ		続柄	T E L	
		氏 名	大阪 花子		妻	自宅 ▲▲-■●●■-●●●● 携帯電話 - -	
		住 所	〒 - 同上				
	②	ふりがな			続柄	T E L	
		氏 名				自宅 - - 携帯電話 - -	
		住 所	〒 -				
家 族 構 成	氏 名		続柄		利用者様との居住		
	大阪 二郎		長男		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
主 治 医	病 院 名		〇〇クリニック				
	主 治 医 名		■■先生（ ●● ）科				
	住 所		大阪市▲▲区〇〇 □丁目□-□□				
	TEL		●●-▲▲▲▲-■●●■		FAX	●●-▲▲▲▲-〇〇〇〇	
事 業 所	居宅介護支援事業所		●●居宅介護支援センター				
	担当ケアマネジャー		介護 太郎				
	TEL		●●-▲▲▲▲-××××		FAX	●●-▲▲▲▲-●●●●	
希 望	利 用 曜 日	<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日				体験日	2020年〇月〇日
	送 迎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 車椅子が必要		利用時間	通所介護： <input type="checkbox"/> 1減 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3
	入 浴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （ <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 ）					
	食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食		
	活 動 の 希 望	① 下肢筋力低下のため、歩行訓練等をお願いします。 ② 制作活動などのレクリエーション活動に興味を持たれています。					

※初回利用までに医療情報提供書の提出をお願い致します。