

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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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			
		ふりがな		続柄	T E L	
	②	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		
				<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 ○丁目〇-〇〇				
	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	□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。